



***Our Health***

***Our Future***

# **Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick**

Discussion Paper | March 2011

Submitted by the  
Primary Health Care Advisory Committee (PHCAC)



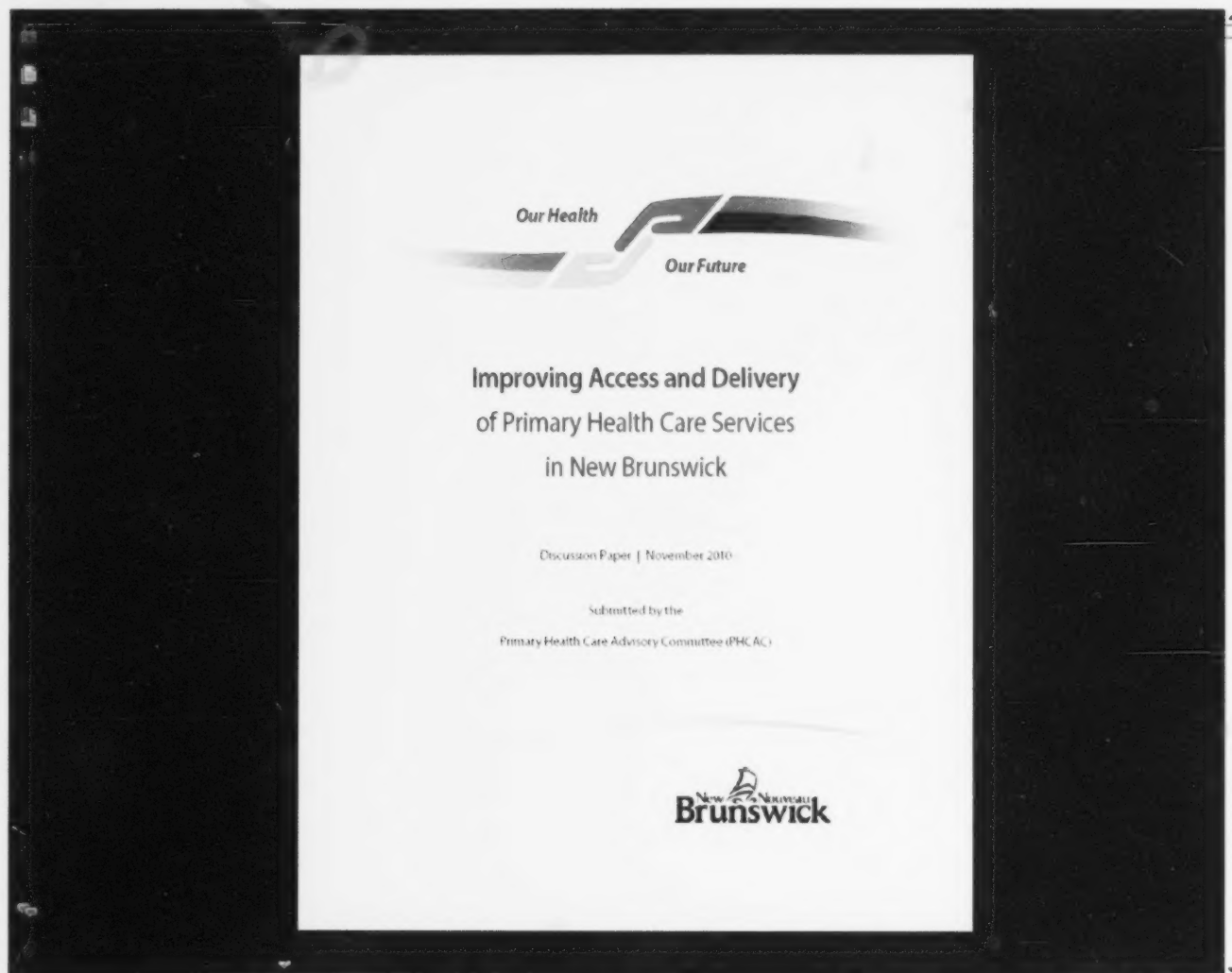
New Nouveau  
**Brunswick**

<http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/PrimaryHealthCareDiscussionPaper.pdf>

Improving Access and Delivery of Primary Health Care Services in New Brunswick, Discussion Paper;  
November, 2010. [ 2010.] 72p.

[http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/Document\\_de\\_discussion\\_sur\\_les\\_soins\\_de\\_sant%C3%A9\\_primaires.pdf](http://www.gnb.ca/0053/phc/pdf/2011/Document_de_discussion_sur_les_soins_de_sant%C3%A9_primaires.pdf)

Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick,  
document de discussion; novembre, 2010. [2010.] 84p.



## Table of Contents

Table of Figures

Appendices

Glossary of Acronyms

Executive Summary . . . . .	1
All New Brunswickers will have access to a family practice team. . . . .	4
<b>SECTION 1 . . . . .</b>	<b>6</b>
Background. . . . .	6
The New Brunswick primary health care system is faced with . . . . .	6
<b>SECTION 2 . . . . .</b>	<b>14</b>
What is primary health care?. . . . .	14
Who offers primary health care services?. . . . .	14
How does primary health care work?. . . . .	15
Where is primary health care reform? . . . . .	16
A Conceptual Blueprint for Primary Health Care Reform. . . . .	18
<b>SECTION 3 . . . . .</b>	<b>20</b>
<b>Pillar 1 - Access: Where are we now? . . . . .</b>	<b>20</b>
The Statistics – Family physicians, After Hour clinics and Emergency Rooms. . . . .	21
The Profile of CHCs, Health Service Centres. . . . .	33
Tele-care . . . . .	34
Nurse Practitioner and Primary Health Care . . . . .	35
Summary of "Where are we now" . . . . .	36
Access: Where do we want to go? . . . . .	37
<b>Pillar 2 - Teams: Where are we now? . . . . .</b>	<b>41</b>
Teams: Where do we want to go? . . . . .	42
Case Manager Improves Outcomes! . . . . .	43
<b>Pillar 3 – Timely Information: Where are we now? . . . . .</b>	<b>46</b>
Timely Information: Where do we want to go? . . . . .	48
<b>Pillar 4 – Healthy Living: Where are we now?. . . . .</b>	<b>53</b>
Healthy Living: Where do we want to go? . . . . .	55
<b>SECTION 4 Recommendations. . . . .</b>	<b>58</b>
<b>SECTION 5 Advice to the Department of Health . . . . .</b>	<b>60</b>

## Table of Figures

Figure 1: New Brunswick health care budget as per cent of overall budget. . . . .	7
Figure 2: Prevalance of chronic disease in NBers (Stats Canada, CCHS Cycle 3.1 2005) .	9
Figure 3: Five most prevalent chronic illnesses reported in the last 3 months (per cent of population - Ages 18+) . . . . .	9
Figure 4: Persons 65 years + observed (2005) and projected (2031) . . . . .	10
Figure 5: Expanded Chronic Care Model . . . . .	11
Figure 6: Overview of community based services offered by the RHAs and health care pro- vider staffing makeup . . . . .	17
Figure 7: Number of General Practitioners by zone and practice area . . . . .	22
Figure 8: Family Practice Physicians in Office Practices Per Catchment Capita . . . .	23
Figure 9: Utilization of Family Physician Service and Location by Service Population	25
Figure 10: Comparative rate of patients who accessed Office/After Hour locations .	26
Figure 11: Access to primary care by age groups in office practices . . . . .	27
Figure 12 Access to primary care by age groups in After Hour Clinics . . . . .	29
Figure 13: Estimate of orphan patient population. . . . .	31
Figure 14: Rate of ER visits by zone. . . . .	32
Figure 15: Patient and visit profile in CHCs . . . . .	34
Figure 16: Tele-care calls by service outcome . . . . .	35
Figure 17: Nurse Practitioner work settings in 2007-08 . . . . .	36
Graph: Sharing of data and documents . . . . .	50
Figure 18: Benefits and value of electronic health information technologies . . . .	50
Figure 19: Preventable risk factors . . . . .	54

## Appendices

Appendix 1: Primary Health Care Advisory Committee Terms of Reference. . . . .	62
Appendix 2: Primary Health Care Advisory Committee . . . . .	64



## Glossary of Acronyms

CCHS	Canadian Community Health Survey
CCM	Chronic Care Model
CFPC	College of Family Physicians of Canada
CHC	Community Health Center
CIHI	Canadian Institute of Health Information
CSDS	Client Services Delivery System
CMHC	Community Mental Health Centres
DEC	Diabetes Education Clinics
DoH	Department of Health
EHR	Electronic Health Record
EMR	Electronic Medical Record
FP	Family Physician
GP	General Practitioner (Family Physician)
HIS	Hospital Information System
NBers	New Brunswickers
NP	Nurse Practitioner
NGO	Non government organization

Medical Home – a patient-centred medical care setting that includes the following features: 1) patients have a family physician who provides and directs their medical care; 2) care is for the patient as a whole 3) care is co-ordinated, continuous and comprehensive with patients having access to an inter-professional team; 4) there is enhanced access for appointments; 5) well supported information technology, including a electronic medical record 6) remuneration supports the model of care 7) quality improvement and patient safety are key objectives 8) serves as the central hub for the provision and co-ordination of health care services needed by each of the patients<sup>1</sup>

PHC	Primary Health Care
PHCAC	Primary Health Care Advisory Committee
PHCTF	Primary Health Care Transition Fund
RASS	Regional Addictions Services System
RHA	Regional Health Authority

<sup>1</sup> College of Family Physicians of Canada (October 2009) Patient-centred primary care in Canada – Bring it on home (Discussion Paper) <http://www.cfpc.ca/local/files/Communications/Health%20Policy/Bring%20it%20on%20Home%20FINAL%20ENGLISH.pdf>



## Executive Summary

Over the past decade, Canadian federal and provincial governments have devoted significant resources to studying ways to renew and re-orient health care service delivery to ensure a sustainable and effective system. Despite our national investment in health services, we have significant challenges related to the deteriorating health status of our population, the on-going escalation of the health care budget, and the issue of timely access to health care services.

The significance of primary health care as a key component of managing the escalation in health-care costs was first introduced in the **Lalonde report**<sup>2</sup> in 1974, entitled *A new perspective on the health of Canadians*. Almost thirty years later, similar recommendations were urged in the Romanow report on the future of health care in Canada. The provincial government has recognized that decisive action is needed because our health care system will face extraordinary challenges in the coming decades, and we will need an innovative and effective health care system in order to provide sustainable clinical health services.

Chronic diseases are now the most significant cost driver in the health care system. The Canadian Community Health Survey (CCHS, cycle 3.1) indicated that 72 per cent of New Brunswickers over the age of 18 self-reported living with a chronic health condition. Of these, 38 per cent reported living with one of the select chronic conditions profiled by the Health Quality Council<sup>3</sup>. One-third of Canadians reported at least one of seven select physical and/or mental chronic health conditions.<sup>4</sup> Canadians with chronic illnesses accounted for 51 per cent of family physician consultations, 55 per cent of specialist consultations, 67 per cent of nursing consultations, and 72 per cent of nights spent in hospital.<sup>5</sup>

Within New Brunswick, the Minister of Health established a working committee of key stakeholders, known as the Primary Health Care Advisory Committee (PHCAC), to develop and implement new ways of improving access and delivering primary or 'first contact' health.

---

2. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>

3. Internal communication DoH NB John Boyne.

4. Ibid p. 17.

5. Health Council of Canada. (2007). Population Patterns of Chronic Health Conditions in Canada: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Health Conditions. Toronto: Health Council p. 16. [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca)

**Primary health care (PHC)** is usually the first place people go when they have health concerns, often to a general practitioner (GP) or family physician (FP). PHC typically includes routine care, care for urgent but minor or common health problems, mental health care, maternity and child care, psychosocial services, liaison with home care, health promotion and disease prevention, nutrition counseling, and end of life care. PHC is also an important source of chronic disease prevention and management and may include other health professionals such as nurses, nurse practitioners, dietitians, physiotherapists, and social workers.<sup>6</sup>

Based on the National Primary Health Care Awareness Strategy, the four "pillars" or elements, recognized as key building blocks for a conceptual understanding of PHC, are: *Access, Teams, Timely Information, and Healthy Living*<sup>7</sup>. The committee reviewed and analyzed issues under each pillar and identified inefficiencies and opportunities for improvement that would strengthen the primary health care system.

Access is a key concern for New Brunswickers. Appropriate and affordable access is the cornerstone of a successful and sustainable primary health care service. Family physicians were traditionally responsible for the primary care delivery. NB Medicare information from 2007 was used to profile primary care access. This effort demonstrated that secondary analysis of an administrative data base could generate surveillance data that was valuable in understanding health system utilization and access. In general, young families appeared to have the most difficulty accessing primary health care. After Hour clinics appeared to fill an important need for primarily young families in providing evening and weekend access to primary care. Most seniors appeared to have a family physician which may be related to concomitant chronic diseases requiring more frequent management. The province was an early adopter of technology and has integrated a Tele-care system that appeared to be an important resource point for mothers of young children. The mix of family physicians and the primary location of practice appeared to be strong influences in access patterns.

The philosophy of PHC shifts the emphasis of health care away from hospitals and into the community, where the family physician supports the continuum of care, linking community and hospital. Patients would benefit from improved access to screening, health promotion, and self-management supports

There are numerous examples of formal and informal teams in New Brunswick. On an informal level, family physicians have developed a loose network of support in some communities with other service providers either in the hospital system or private

6. CIHI. (July 2009) Experiences with primary health care in Canada

[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

7. Health Canada Primary Health Care Transition Fund, National Primary Health Care Awareness Strategy Fact Sheet (2009)

[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_E/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_E/0034?OpenDocument)

sector. While useful, this support is typically in the form of referrals with a parallel rather than integrated approach. In 2007, NB already had an extensive network of community-based health service sites, staffed with a multidisciplinary primary health care team. This included eight CHCs including 14 Community Mental Health Centres (CMHC) and satellite clinics, 20 health service centers, 26 Extramural offices, 10 public health offices, one collaborative practice and 15 federally funded First Nation health centres. However the vast majority of family physicians did not work within a formal team.

New Brunswick must develop networks of primary health care teams, creating innovative service delivery models that will ensure that all New Brunswickers have access to a family physician supported by an interdisciplinary primary health care team. Family physicians working in private practices have indicated that working within a team of allied health care providers would benefit the patient and the health care system.

Primary health-care providers currently work with a variety of information modalities in health care delivery. Multiple access points provide the patient with alternate entries to the health care system; however communication, or the sharing of information among service points, is a common challenge. There is no common central agency responsible for these information systems. The challenge of tracking patient information across electronic repositories that are neither inter-faced, nor share common minimum data sets and data definitions, is self-evident. In fact, recognizing that patient records may exist in all these sites, with care provided through disconnected agencies with no common portal among them, highlights the challenge that exists in managing patient care with electronic files. This is further exacerbated by a paper-world that co-exists.

There is an obvious need for effective and efficient communication processes for all stakeholders and for record-keeping processes that build cumulative health records. Reliable and valid information on health care delivery processes is also necessary for appropriate planning and on-going quality improvement. The importance of credible and timely information is paramount to effective care for the individual, and is especially critical to enabling providers to collaborate.

The original Wellness Strategy was introduced in 2006 to help promote better connections and provide support to improve wellness within the province. The Provincial Wellness Strategy entitled *Live Well, Be Well; New Brunswick's Wellness Strategy 2009-2013*, is an enhanced four-year strategy that builds upon the previous strategy. It is intended to accelerate progress on wellness in New Brunswick schools, communities, homes and workplaces. This strategy identified the following overall goals for all New Brunswickers: improved mental fitness and resilience, increased

physical activity levels, increased rates of healthy eating and increased rates of people living tobacco-free. The provincial government promoted an awareness of the causes of such conditions. Community based, healthy living programs that impact early childhood development, healthy aging, and wellness encouraged citizens to adopt healthier lifestyles.

The wellness of New Brunswickers is affected by interactions between social and economic factors, the physical environment and individual behaviours. The continuous improvement of our population health and wellness necessitates a focused, collaborative approach. Healthy living initiatives are intended to take a multi-dimensional approach which ensures that the root causes of problems or issues are addressed; special needs and vulnerabilities of sub-populations are considered and supported; and partnership, co-operation and community engagement with a wide variety of sectors is valued and leveraged. In addition, ongoing leadership and engagement at local, regional and provincial levels are considered crucial ingredients for achieving wellness. Everyone can be an active participant in and a contributor to wellness within New Brunswick homes, communities, schools, and workplaces.

The basic components that support an energized and sustainable primary health care system were carefully considered. Our recommendations are fairly simple, but we believe these provide adequate direction for New Brunswick, while allowing the flexibility to make course adjustments. We have one overarching strategic approach, which is supported by 12 actions.

**All New Brunswickers will have access to a family practice team that is able to provide them with, personalized, comprehensive and co-ordinated primary health care services.**

1. All New Brunswickers must have access to a family physician.
2. Establish family practice teams with a minimum core staff of a family physician, a nurse and/or nurse practitioner with appropriate administrative support that will provide a 'medical home' for their registered patient population.
3. Develop methodologies and infrastructure to provide the family practice team with basic information concerning the practice health care needs (a practice panel) as well as the community's population health baseline and benchmarks.
4. Establish a staffing model that will enable the family practice team to expand with required allied health care providers to optimize service delivery to the registered patient population within the 'medical home'.



5. Explore alternative pay and remuneration models that will attract and retain skilled professionals in the family practice teams.
6. Create funding models that will support adoption of electronic medical records to meet the information needs of the family practice team.
7. Establish a provincial, interprofessional continuing education program that will enable family practice teams to develop the appropriate cognitive, behavioural and attitudinal skill sets needed to optimally manage within team-based practices.
8. Ensure that these sites provide opportunity for interprofessional clinical practicum opportunities.
9. Continue and expand funding models that support adoption of telehealth technologies to enable patients to receive as much care as possible within their 'medical home'.
10. Develop processes to ensure that the 'community leaders' and 'family practice teams' regularly meet to identify and collaborate on issues that impact the population's health.
11. Establish a provincial blueprint and action plan that will provide direction on the roll-out of these teams across the province including processes regarding governance and lines of reporting and accountability across the medical home, regional health authority and the Department of Health
12. Invest in and promote primary prevention of disease and injury, healthy lifestyles and healthy environments in homes, communities, schools and workplaces.

The PHCAC believes that this principle goal with the 12 strategic actions, will provide a stable and sustainable foundation for positive change in primary health care delivery.



# SECTION 1

## INTRODUCTION

### Background

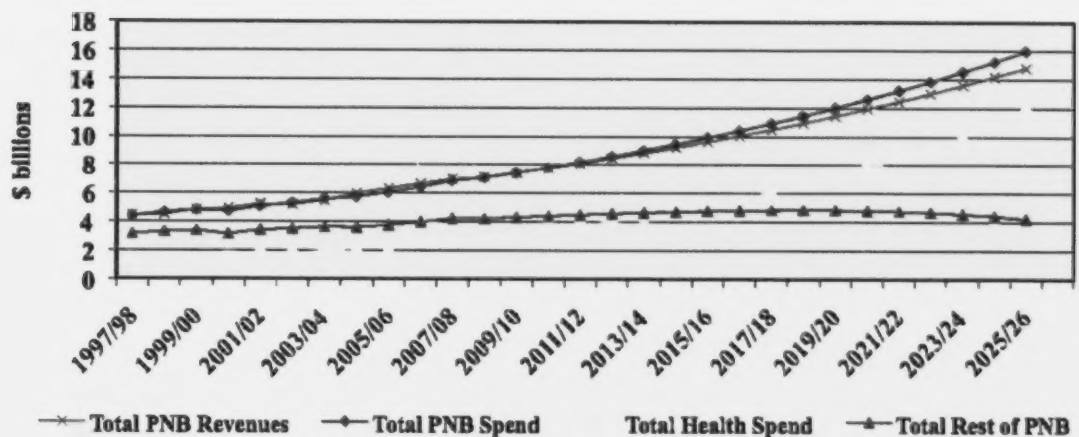
Over the past decade, Canadian federal and provincial governments have devoted significant resources to studying ways to renew and re-orient primary health care to ensure a sustainable and effective health care system. A cornerstone of Canadian health care is access to medical and hospital services, and our Medicare system is recognized globally as a Canadian attribute. Despite our investment in health services, we have significant challenges related to the deteriorating health of our population, the on-going escalation of costs, and the issue of timely access to health care service. National dialogue has focused on where we are now in health service delivery, where we want to go, and how we will achieve this goal. This discussion has involved all stakeholders. There has been a core commitment to move beyond rhetoric with solid action plans and measurable outcomes. Our focus on 'fix-it' medicine has fostered tremendous progress in diagnostics and treatments, consuming the majority of resources. New Brunswick has added nurse practitioners and 79 additional family physicians to the health care system. The province introduced French and English medical schools and nurse practitioner programs within the province, and added additional undergraduate nursing seats and licensed practical nursing programs. Despite this significant investment, patients continue to identify challenges in accessing primary care, general health status is deteriorating and there has been minimal progress in re-engineering the health care system to prevent illness as well as to manage chronic or non-curable diseases.

### The New Brunswick primary health care system is faced with a:

- human resource imperative as we cope with the challenge created by the 1990s cutbacks to health care education such as medicine and nursing, coupled with a graying workforce
- fiscal imperative - the rate of growth in health care spending is estimated to exceed 50 per cent of total PNB spending by 2014-15 (Figure 1)
- moral imperative as the health of our population continues to decline, largely due to the social environment and lifestyle choices<sup>8</sup>

8. Conference Board of Canada (September 2009) How Canada Performs – Health Accessed March 2, 2010  
<http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#score>

**Figure 1: New Brunswick Health Care budget as per cent of overall budget<sup>9</sup>**



Chronic disease dominates the landscape and they are the most significant cost driver in the health care system.<sup>10</sup> These are diseases that persist, are associated with risk factors, impact day-to-day functioning and require management of the condition over time. In 2007, the Health Quality Council<sup>11</sup> released a series of reports on patterns and prevalence of health and health care use by Canadians with select chronic illnesses with data gathered from the Canadian Community Health Survey (CCHS). The CCHS provides population-level information gathered through self-report surveys on health determinants, health status and health system utilization. This ongoing series of surveys is a joint effort of Health Canada, Statistics Canada and the Canadian Institute for Health Information (CIHI).<sup>12</sup>

One third of Canadians reported at least one of seven select physical and/or mental chronic health conditions.<sup>13</sup> Canadians with chronic illnesses accounted for 51 per cent of family physician consultations, 55 per cent of specialist consultations, 67 per cent of nursing consultations, and 72 per cent of nights spent in hospital.<sup>14</sup> Many Canadians indicated that it is difficult to have timely appointments with their family physician and as a result there is a heavy reliance on hospital emergency rooms

9. NB Department of Health (2009) personal communication Financial Services.

10. NB Department of Health. 2006. (internal report) A Comprehensive Approach to Chronic Disease Management in New Brunswick.

11. Health Canada, (2007). Why health care renewal matters: learning from Canadians with chronic health conditions. Toronto: Health Council. [www.healthcouncil-canada.ca](http://www.healthcouncil-canada.ca)

12. Health Canada, (2007) <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/index-eng.php>

13. Ibid p. 17.

14. Health Council of Canada. (2007). Population Patterns of Chronic Health Conditions in Canada: A Data Supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning from Canadians with Chronic Health Conditions. Toronto: Health Council p. 16. [www.Healthcouncilcanada.ca](http://www.Healthcouncilcanada.ca)

for primary health care needs. As well, they rarely had access to a health care team, although the importance has been well documented for optimal comprehensive care.<sup>15</sup>

Seventy-two percent (72 per cent) of New Brunswickers over the age of 18, self-reported living with a chronic health condition. Fifty eight percent (58 per cent) of youth, age 12-17, reported having a chronic condition with allergies, asthma and back problems being the most common. Seventy four percent (74 per cent) of adults age 18 and older reported a chronic condition, with arthritis, high blood pressure and asthma being the most common. Although poorly acknowledged, mental health issues are a significant stressor within primary health care. In New Brunswick, 11.6 per cent reported living with mood or anxiety disorders such as depression and bipolar disorders<sup>16</sup>. In a recent review of select primary care family physician practices in Miramichi, mental illnesses were among the most common reasons for a visit.<sup>17</sup>

Figure 2 shows the breakdown of prevalence of concomitant chronic diseases in individuals by Zone. Having more than one chronic illness is linked to higher utilization of health care services. The 2007 report, *Learning from Canadians with Chronic Health Conditions* by the Health Council of Canada, studied in detail population patterns of 7 select conditions that were either high prevalence / high impact on health care service use;

- 68 per cent with no select health condition used 28 per cent of hospital overnights
- 21 per cent with one select condition used 28 per cent of hospital overnights
- 12 per cent with 2 or more conditions used 44 per cent of hospital overnights.<sup>18</sup>

Simply stated, the majority of hospital stays are used by persons with chronic diseases and those with more than one chronic disease, are the highest users.

The elevated percentage of persons in New Brunswick with co-morbid chronic conditions suggests that they will require more access to health care services in the future.

---

15. A. Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum, and D. McCarthy, *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance*, The Commonwealth Fund, August 2008 <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2008/Aug/Organizing-the-U-S--Health-Care-Delivery-System-for-High-Performance.asp>

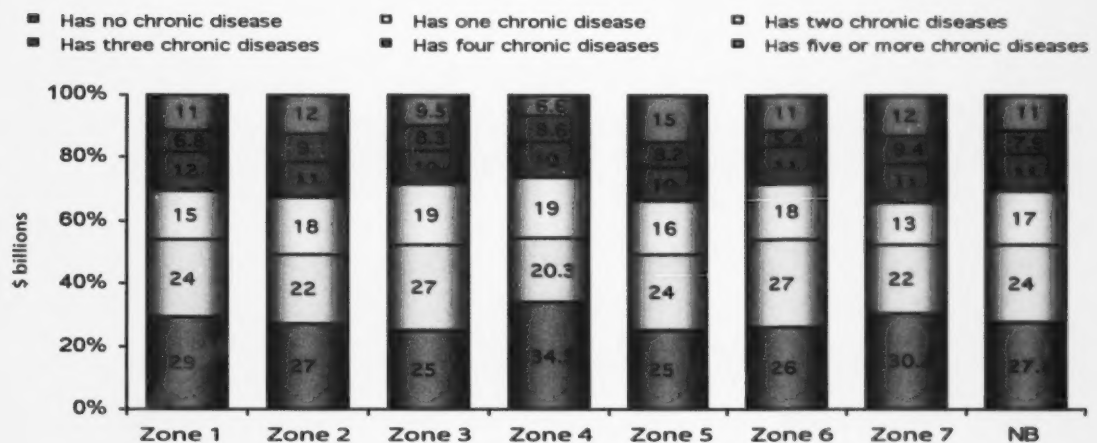
16. Personal communication, R Tervo, Department of Health Statistics Canada, CCHS 4.1, 2007-2008

17. Personal communication, Bronwyn Davies, Director of Primary Health Care Branch, Dept of Health , NB November 2009.

18. Health Council of Canada. (2007). *Population patterns of chronic health conditions in Canada. A data supplement to Why Health Care Renewal Matters: Learning for Canadians with Chronic Illnesses*. Toronto: Health Council of Canada. (p 12)

**Figure 2: Prevalence of chronic disease in New Brunswickers**

(Statistics Canada, CCHS Cycle 3.1 2005)



The next Figure profiles CCHS data on the five most prevalent chronic diseases reported for the 18+ age group in New Brunswick. In July 2009, CIHI reported that NB had the highest percentage of the population in Canada, with one or more of four select conditions (diabetes, heart disease, hypertension, stroke).<sup>19</sup>

**Figure 3: Five most prevalent chronic illnesses reported in the last 3 months (per cent of Population - Ages 18+)**

	Has Arthritis/ Rheumatism	Has High Blood Pressure	Has Asthma	Has Heart Disease	Has Diabetes
<b>Zone 1</b>	19.7%	19.9%	6.9%	8.1%	7.2%
<b>Zone 2</b>	28.3%	23.8%	9.6%	6.8%	6.3%
<b>Zone 3</b>	20.4%	20.2%	7.1%	6.6%	5.6%
<b>Zone 4</b>	19.4%	19.4%	6.5%	6.0%	6.5%
<b>Zone 5</b>	27.9%	28.8%	7.0%	10.7%	5.7%
<b>Zone 6</b>	19.9%	21.6%	8.7%	7.1%	7.0%
<b>Zone 7</b>	20.7%	24.4%	10.4%	9.6%	9.7%
<b>NB</b>	22.2%	21.7%	8.0%	7.4%	6.7%

Source: Statistics Canada, CCHS Cycle 3.1, 2005

19. Statistics Canada (July, 2009) CIHI - Experiences with Primary Health Care in Canada  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

The demographic shift will introduce additional challenges in primary health care. As we age, the incidence of chronic disease escalates. Statistics Canada projects that there will be almost double the number of seniors by 2026, regardless of immigration into the province.<sup>20</sup> Statistics Canada has developed six scenarios considering both migration, immigration along with birth and death statistics in projecting population changes. Regardless of these considerations, it is evident that New Brunswick is expected to double the percentage of seniors in the next 20 years. The higher prevalence of chronic disease in seniors will be further exacerbated with the addition of dementias which are expected to rise, simply due to more people living longer.

**Figure 4: Percentage of persons aged 65 years and over observed (2005) and projected (2031) according to six scenarios, Canada, provinces and territories.**

	2005	Scenario (2031)					
		1	2	3	4	5	6
	in percentage						
Canada	13.1	24.4	23.4	23.4	23.4	23.4	22.5
Newfoundland and Labrador	13.1	29.7	30.3	29.5	28.8	32.8	29.0
Prince Edward Island	14.1	27.2	26.5	26.4	26.2	26.6	25.8
Nova Scotia	14.2	28.6	28.6	28.1	27.8	28.4	27.5
New Brunswick	13.9	28.9	29.1	28.6	28.2	28.8	28.1
Quebec	13.8	26.4	25.4	25.3	25.3	25.7	24.5
Ontario	12.8	23.2	21.8	22.1	22.4	21.9	21.1
Manitoba	13.5	22.7	21.5	21.7	22.1	21.5	21.0
Saskatchewan	14.8	25.4	24.8	25.0	25.2	23.4	24.3
Alberta	10.5	22.0	20.8	21.4	22.1	20.6	20.7
British Columbia	13.8	25.4	25.4	24.1	22.8	25.3	23.0
Yukon	6.9	20.9	24.1	19.8	16.5	23.0	18.6
Northwest Territories	4.7	16.0	16.4	15.2	13.9	16.6	14.1
Nunavut	2.6	6.0	4.7	5.7	6.9	6.3	5.3

Source: Statistics Canada <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-eng.htm>

In the late 1990s, the Robert Wood Johnson Foundation sponsored the work of Dr E. Wagner, to explore and evaluate the development of an effective clinically-oriented system framework to support the care of persons with chronic illnesses. This led to the Chronic Care Model (CCM), which integrates multiple components to improve the management of patients with chronic illnesses.<sup>21</sup> Since 2000, this model has been widely utilized and the results studied. Some key highlights of these studies include:

20. Statistics Canada (2005). Population projections for Canada, provinces and territories 2005—2031. catalogue # 91-520-XIE <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-eng.htm>

21. <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>



- patients with diabetes had significant decreases in their risk of cardiovascular risk
- congestive heart failure patients were more knowledgeable, followed their treatment plans better and had 35 per cent fewer days in hospital
- asthma and diabetes patients were more likely to receive the appropriate treatment

**Figure 5: Expanded Chronic Care Model**



Created by: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Narin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts and Darlene Revenadale (2002)

Adapted from Glasgow, Florleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). Does the the Chronic Care Model also serve as a template for improving. *The Milbank Quarterly*, 79(4), and World health Organization, Health and Welfare Canada and Canadian Public Health Association. (1986). Ottawa Charter of health promotion.

This model incorporates the basic elements necessary for optimizing primary health care services considering the community, the health care service, the practice and the patient levels. It provides a synergistic template for quality improvement in primary health care service delivery. The province has endorsed a Chronic Disease Prevention and Management Framework that provides a detailed description of this model.

The significance of primary health care as a key strategy in managing the escalation in health care costs was first introduced in the **Lalonde report**<sup>22</sup> in 1974, entitled *A new perspective on the health of Canadians*. Almost 30 years later, similar

22. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-eng.php>

recommendations were urged in the Romanow report on the future of health care in Canada, Building on values, the future of health care...

**Good primary health care is based on interdisciplinary teamwork, with care available to all, 24-hours a day, seven days a week. Currently, primary care in Canada is out of balance, concentrating on the entrenched practice of workers with particular skills being assigned to cure people when they are ill. There is not enough focus on broader efforts to prevent illness and injury and keep the population as a whole healthier.**<sup>23</sup>

In February 2009, Judge M. McKee released his report on *Together into the Future, a transformed mental health system for New Brunswick*. He identified that

*there must be a system we can count on at every point, identifying the need for help and providing the right intervention at the earliest signs of a problem, preventing future problems, supporting and celebrating ongoing recovery and optimizing wellness*<sup>24</sup>

These reports and strategies speak to the ongoing resolve that sustainable health care systems require a renewed primary health care system. The provincial government has recognized that decisive action is needed as our health care system will face extraordinary challenges in the coming decades, and we will need an innovative and effective health care system in order to provide sustainable clinical health services. We need to refocus from a 'find it and fix it' approach in health services to 'prevent it, find it and manage it' in order to ensure that New Brunswickers have a primary health care system that is accessible and sustainable.

The Minister of Health established a working committee, known as the Primary Health Care Advisory Committee (PHCAC). These key stakeholders were mandated to examine the present model of health care delivery and provide advice on how to more effectively deliver Primary Health Care (PHC) in New Brunswick. A list of the members of the PHCAC and Terms of Reference for the Committee are found in **Appendices 1 and 2**.

PHCAC has deliberated extensively with discussions informed by experts in such areas as the management of chronic illnesses, informatics and alternative health care models. Their work dovetails with the *Provincial Health Plan 2008-2012* in which the provincial government has committed to:

*Build a single, well-integrated provincial system; make better use of scarce resources; modernize our organizational structures; and put greater emphasis on programs and services that will help people stay healthy and better manage chronic health conditions.*<sup>25</sup>

The present document reflects the work of the Committee to date. The committee identifies the following as guiding assumptions throughout their deliberations.

23. [http://www.chsrf.ca/other\\_documents/romanow/pdf/healthcare\\_e.pdf](http://www.chsrf.ca/other_documents/romanow/pdf/healthcare_e.pdf)

24. Province of New Brunswick, Dept of Health. (February, 2009). Internal report: *Together into the future: a transformed mental health system for New Brunswick* by Judge M. McKee.

25. Province of NB, (2008) *Transforming New Brunswick's Health-care System: The Provincial Health Plan 2008-2012*. p3



- Improving the health of the New Brunswick population is essential for a thriving, productive and healthy future for the province<sup>26</sup>
- Transforming primary health care services will require innovative changes in structures and will include embracing technology.
- Transforming primary health care services will mean learning how to do processes differently, modernizing organizational structures, working collaboratively with all stakeholders including patients, in both health service delivery as well as in overall direction for healthy public policy in government.
- Transforming primary health care services will go beyond provision of health services, embracing wellness and healthy living, helping people to stay healthy and better manage chronic conditions.
- The primary health care system will make better use of scarce resources, by leveraging the high quality skills and assets that are already present in our foundation;
- Transformed primary health care services will be economically and clinically sustainable, effective, free and universally accessible, capable of meeting the needs of an aging population that is struggling with chronic illnesses.
- Primary health care services will be accessible as close as possible to where New Brunswickers live.
- The Expanded Chronic Care Model provides a strategic framework to build an integrated, synergistic primary health care delivery model that is effective and efficient.

The next section of the Report establishes a definition of primary health care and its foundation, based on the four pillars, as developed by the National Healthcare Awareness Strategy (2005) and endorsed in the *Provincial Health Plan 2008-2012*.

---

26. Ibid. p2

## SECTION 2

# PRIMARY HEALTH CARE

### What is primary health care?

**Primary health care** is usually the first place people go when they have health concerns, often to a general practitioner (GP) or family physician (FP). PHC typically includes routine care, care for urgent but minor or common health problems, mental health care, maternity and child care, psychosocial services, liaison with home care, health promotion and disease prevention, nutrition counseling, and end of life care. PHC is also an important source of chronic disease prevention and management and may include other health professionals such as nurses, nurse practitioners, dietitians, physiotherapists, and social workers.<sup>27</sup>

It recognizes the social determinants that greatly influence health and wellness including income, housing, education, and environment. Primary care is the element within primary health care that focuses on health care services, including health promotion, illness and injury prevention, and the diagnosis and treatment of illness and injury.

### Who offers primary health care services?

Historically, family physicians were the cornerstone in primary care service delivery. Decima Research found that the majority of Canadians (88 per cent) in 2004 believed having a family physician allowed them to feel more confident in their ability to access appropriate and timely care. This finding has been confirmed by other studies.<sup>28</sup> Primary health care service has expanded to include community-based services offered by a broad range of health care providers including nurses, pharmacists, dietitians, psychologists and physiotherapists, social workers, mental health counselors, etc.

The inclusion of a range of health care providers implies the need for teamwork. PHC is premised on the notion of inter-professional coordination and collaboration between care providers. This is more than simply sharing information among health care providers and considers:

27. CIHI. (July 2009) Experiences with primary health care in Canada  
[http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

28. Decima Research. Decima express national telephone omnibus. Toronto: Decima Research; 2004 as referenced in  
<http://www.cfpc.ca/local/files/PCWTP%20Discussion%20Paper%20v3.pdf>

*...the strengths and assets of the individual and community, responds to the identified needs, maximizes involvement of community, includes all relevant sectors while avoiding duplication of services (i.e. an effective use of service providers), and uses only health technologies that are accessible, acceptable, affordable and appropriate.<sup>29</sup>*

More recently, the concept of primary health care services has embraced the broader understanding of population health and the social determinants of health, which have historically been viewed as the domain of public health practice. Primary health care providers actively contribute to the public health agenda through such involvements as surveillance and reporting notifiable diseases and events, identifying trends and emerging issues, advocating for healthy public policies, supporting the creation of physical and social environments conducive to health, screening for chronic diseases, administering immunizations, encouraging and supporting healthy behaviours and contributing to disaster response. Today's PHC practitioners open the door to community involvement through a variety of partnerships including but not limited to industry, local government, public service agencies, faith organizations, non-government organizations (NGOs) and interested lay persons. These partnerships enable the PHC team to better identify community needs and liaise with available resources in order to improve health outcomes.

### **How does primary health care work?**

At present, primary health care services are delivered chiefly by family physicians. In July 2009, the Canadian Institute for Health Information (CIHI) reported that 92 per cent of New Brunswickers reported that they had a regular family doctor based on 2007 CCHS information.<sup>30</sup> Family physicians provide prevention, investigation, and diagnostic intervention in concert with acute and chronic management of all illnesses as well as promoting wellness. The current model is resourced based on the diagnosis and treatment of illness. For example, the Medicare fee for service funding model does not have specific billing codes for prevention-related services such as periodic check ups because these are not explicitly insured. In spite of this challenge, the province's family physicians continue to be among the most comprehensive service providers for individuals and small groups with the least complaints of difficulty accessing routine or ongoing care in Canada, within acceptable wait times.<sup>31, 32</sup>

29. College of Medicine, University of Saskatchewan. <http://www.medicine.usask.ca/research/health-research-groups/primary-health-care-research>

30. CIHI, (July 2009) Experiences with primary health care in Canada, p.6 [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

31. National Family Physician Workforce Survey (Janus Survey). 2001 Canadian Medical Association

32. CIHI, (July 2009) Experiences with primary health care in Canada, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

## Where is primary health care reform?

Both the Romanow Report<sup>33</sup> and the Health Council of Canada Report on Accelerating Change<sup>34</sup> highlighted the need to reorganize how primary health care services work. Concerns included:

- lack of continuity, with various providers and institutions often appearing to work in isolation from one another
- providers' concerns regarding their working conditions, including long hours and impacts on their own health and family life
- the relative lack of emphasis on health promotion and disease prevention, which has been linked to high rates of seemingly, preventable illness;
- problems with access, particularly in rural and remote areas, but also in urban centers where the lack of after-hours access to providers often results in the use of emergency rooms for non-urgent care;<sup>35</sup>
- the inability of Canadians to have access to primary health care teams, working together to address the patients' health needs, 24/7, supported by accessible comprehensive health information.

These problems continued to be validated in later reports.

From 2000 to 2006 the national Primary Health Care Transition Fund (PHCTF)<sup>36</sup> supported a number of innovative PHC projects in New Brunswick as well as across Canada. New Brunswick introduced the community health centre (CHC) model with the following key features:

- the creation of primary health care teams within community health centers which would be responsible for providing comprehensive services to their patients (including coordination with other levels of care);
- the enhancement of telephone advice lines to provide 24-hour first-contact services;
- improvements in the management of chronic diseases
- a greater emphasis on health promotion and illness/injury prevention;
- voluntary participation by providers and patients alike;
- capacity-building in evaluation, so that system performance may be monitored;
- an explicit focus on change management activities to support all of the above.

33. [www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-eng.php)

34. [http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com\\_content&task=view&id=32&Itemid=32](http://www.healthcouncilcanada.ca/en/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=32)

35. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-eng.php>

36. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-eng.php>

There is considerable opportunity to leverage the lessons learned, and tools developed both in New Brunswick and elsewhere to further enable team development and primary health care reform.

It is relevant to note that New Brunswick has an extensive network of community-based health service sites apart from CHCs including Community Mental Health Centres (CMHC) and satellite clinics, health service centers, collaborative practices involving nurse practitioners and extramural sites. Many of these demonstrate best practices in primary health care service delivery. The table below summarizes the staffing patterns in each of these sites. It is important to note that specific sites may have had variations of this model. At this time there was one collaborative practice funded through medicare with a nurse practitioner, as well as the staffing detailed below.

**Figure 6: Overview of community based services offered by the RHAs and health care provider staffing makeup**  
(not all positions were staffed at all of the sites)

	14 Community Mental Health Clinics	10 Public Health Offices	8 Community Health Centres	20 Health Service Centres	26 Extramural Offices	1 Collaborative practice- (medicare)
HUMAN SERVICES COUNSELLOR	✓					
PSYCHOLOGIST	✓					
PSYCHOMETRIST	✓					
SOCIAL WORKER	✓		✓		✓	
DIETITIAN		✓	✓		✓	
REGISTERED NURSE	✓	✓	✓	✓	✓	
PHYSICIAN	✓		✓	✓		✓
LICENSED PRACTICAL NURSE	✓		✓	✓	✓	
PHYSIOTHERAPIST			✓		✓	
NURSE PRACTITIONER			✓			✓
OCCUPATIONAL THERAPIST	✓		✓		✓	
RESPIRATORY THERAPIST			✓		✓	
SPEECH LANGUAGE PATHOLOGIST					✓	
AUDIOLOGIST					✓	
PATIENT SERVICE WORKER	✓			✓	✓	
REHAB ASSISTANT			✓		✓	
RECREATIONAL THERAPIST	✓					
SPECIAL ED TECHNICIAN	✓					
PHARMACIST			✓			
PHARMACY TECHNICIAN					✓	

Source: Primary Job Classifications for specified facilities during fiscal year 2007-08 New Brunswick HRDB Dept of Health



## A Conceptual Blueprint for Primary Health Care Reform

With funding from the PHCTF, a national working group developed a social marketing strategy to raise awareness about the role and importance of primary health care in the health care delivery system. A four-pillar concept was created after extensive study. The four "pillars" or elements, that resonated with the public as key components of PHC, were: Access, Teams, Timely Information, and Healthy Living<sup>37</sup>. The essence of each of these elements is described briefly as follows:

**Access** means that the individual has the right care, by the right provider, at the right time and place. It begins with the individual seeking help in meeting their 'everyday' health care needs. This is usually the first access to the health care system, most often through the family physician or other medical practitioner but could also involve an alternative means such as telephone advice and clinics, and from there, access to an array of services that are needed in a timely manner.

**Teams** define an approach whereby health care providers work together to give timely and efficient care, sharing responsibility for the patient. PHC embraces the concept of a 'team' or 'network' of health care providers and agencies working together on the patient's behalf, to co-ordinate care across the health care system from counseling patients on how to stay healthy, to treating illnesses, providing hospital care, follow up home care, and monitoring chronic health issues. This involves building collaborative and co-operative processes to improve continuity of care for the individual and ensuring that individuals have access to the right health professionals. With comprehensive information provided through electronic health records, health providers continuously monitor people's health, track their progress if they have certain illnesses, and take a broader approach to help them stay healthy. Under the PHC philosophy, the individual is part of his/her team as they are involved in decisions made about their care.

**Timely Information** and the means for effectively communicating information are essential to ensuring that decisions are based upon the best evidence available. To effectively care for the individual, information must be comprehensive and reflect the advice and direction provided by all members of the team involved with the person. Electronic technologies are increasingly being used to ensure efficient transfer of information and to revolutionize how information is stored and utilized.

37. Health Canada Primary Health Care Transition Fund, National Primary Health Care Awareness Strategy Fact Sheet (2009)  
[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_E/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_E/0034?OpenDocument)

**Healthy living** takes into account the positive choices made by individuals regarding their personal physical, mental and spiritual health. These choices include eating nutritious foods, building a circle of social contacts to create a supportive environment, being physically active, choosing not to smoke, and putting an end to other negative lifestyle practices. The focus of healthy living is the prevention of illness, disease and injury. Closely associated with healthy living is the concept of primary prevention which refers to specific activities or measures, either by the individual or at the population level, that are directed at reducing the risk or consequences of exposure to a risk factor, disease or health related event. Examples of primary prevention include immunization programs and provision of safe drinking water in the community. The healthy living pillar is also concerned with enabling individuals living with chronic disease to self-manage and make decisions to improve their overall health and quality of life.

After the awareness campaign, there was a significant improvement in the public's understanding of primary health care across Canada.<sup>38</sup> PHCAC decided to leverage this work and to use these pillars to organize provincial discussions on primary health care reform.

Section 3, is a detailed overview of each pillar from considering both 'Where we are' and 'Where we want to go' in New Brunswick. Section 4 summarizes the discussion of 'How we are going to get there' or Recommendations.

---

38. Health Canada Primary Health Care Transition Fund, National Primary Health Care Awareness Strategy Fact Sheet (2009)  
[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_E/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_E/0034?OpenDocument)



## SECTION 3

### ADVICE AND DIRECTION

#### Pillar 1 - Access: Where are we now?

The mainstay of primary care is the family physician's office, however a wide range of alternative access points are available including emergency services located in hospitals, walk-in clinics, telephone advice services (e.g. Tele-care, in-hospital advice services), community health centres, health centre, public health offices, pharmacy services etc. In April 2008, the College of Family Physicians of Canada (CFPC) and the Canadian Medical Association published a discussion paper on primary care wait times.<sup>39</sup> 'Access to care' was recognized as a key issue facing the Canadian health care system. The three primary foci of concern for patients were:

1. finding a family doctor
2. getting an appointment with a family doctor
3. being referred, when needed by the family doctor for more highly specialized investigations or consultations.<sup>40</sup>

Despite the growing acknowledgement that primary health care is the foundation of the health care system, there is minimal knowledge about how patients, as a population, interact with the primary health care system. The CCHS does include questions which help to monitor overall patient concerns about primary health care but there is limited surveillance or reporting on the system utilization. This is largely due to the challenge of finding and synthesizing the necessary data. There is no comprehensive primary health care information system currently collecting and analyzing this information. The limited information that is available is typically pulled as secondary data from family physician billing systems (Medicare), the Hospital Information System (HIS) and other administrative data bases. As a result it is very difficult to have meaningful dialogue on wait times for primary care, to develop strategies to address areas of weakness and to determine if these strategies are making a difference.

39. College of Family Physicians of Canada & Canadian Medical Association. (April 2008) And still waiting, exploring primary care wait times in Canada. Executive summary p. V.

40. Ibid.

A preliminary analysis, based on 2007 data, using the above data bases, was completed profiling the core service provided through family physicians to begin to better understand issues related to primary health care in New Brunswick. In 2007 New Brunswick was organized into eight zones. Zone 1B and Zone 1SE were two distinct health zones that share a geographic footprint while the population can selectively choose which health authority they wish to access services in. However in order to analyze access patterns within catchment area, this was considered as one zone.

There are two significant challenges with the data availability and comprehensiveness; time of data collection and incomplete data re salaried family physicians. Data was accessed from the Medicare billing database and from the HIS. There is some discrepancy in the data collection period between the HIS and that from Medicare. While both reflect 12 months of activity, HIS is a fiscal year and Medicare is a calendar year. However for the purposes of this review, the possible analysis issues related to discrepancy in the data collection time frame are offset by the improved quality of the post audit data. The second consideration is the lack of information from salaried family physicians. Medicare has recently mandated that all salaried family physicians submit shadow billing. However, in 2007, all salaried family physicians were not submitting shadow billing data, so much of the activity of salaried family physicians was not measured. This is very significant, with the most serious impact of underestimating the contribution of salaried family physicians to the health care system. However the goal of this exercise was to identify areas requiring further investigation and this is still reasonable even with the data limitations identified.

The primary question of interest is how the New Brunswick population accessed primary health care services offered by family physicians. The goal is to provide a high level understanding about where New Brunswickers accessed family physician services in 2007 and to identify patterns of utilization either by age groups or geographic regions that would direct and inform further study.

### **The Statistics – Family physicians, After Hour clinics and Emergency Rooms**

The following figure profiles the number of family physicians by zone and the practice area. This figure only included family physicians who had at least \$60,000 in earnings for the fiscal year. The analysis then determined which practice setting (office, After Hour clinics, emergency room or hospital) was the 'source' of the majority of earnings. The family physician may also work in other practice settings, but that setting was not the source of the 'majority' of earnings. As example, there were 186 MDs in Zone 1. Of these 87 earned at least \$60,000 as their main source of income, in office settings through fee for service. There were 50 MDs who had office

practices that were salaried. There were six who earned at least \$60,000 as their main source of income, in After Hour clinics and 35 who earned the majority of their income in emergency rooms and eight in hospitals. It is possible that a physician could have an office practice but still earn the majority of income in the emergency room.

**Figure 7: Number of general practitioners by zone and practice area**

<b>Zone</b>	<b>Total MDs</b>	<b>Office practice Fee For Service</b>	<b>Office practice Salaried MD's</b>	<b>Afterhours (AH) Clinics</b>	<b>Emergency Room (ER)</b>	<b>Hospital</b>
1	186	87	50	6	35	8
2	147	94	13	1	29	10
3	145	92	22	1	22	8
4	49	29	1	0	12	7
5	29	12	5	0	7	5
6	73	44	6	1	18	4
7	35	22	4	0	8	1
<b>Total</b>	<b>664</b>	<b>380</b>	<b>101</b>	<b>9</b>	<b>131</b>	<b>43</b>

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

It should be noted the count of family physicians does not necessarily correlate with their status of full time work equivalent. This number only reflects the number of family physicians with a minimum of \$60,000 in earnings in 2007.

In 2005, Dr B. Starfield, an internationally acclaimed researcher in primary health care delivery<sup>41</sup>, examined what impact the number of family physicians had on health outcomes. There was consistent evidence that the 'supply' or access to a primary care family physician was positively associated with better population health. The total number of family physicians who earned the majority of their income in an office and After Hour practice were considered in context of the New Brunswick population. Based on a population of 481 family physicians and 749,782 population estimate, there were on average nine family physicians per 10,000 population. This is an average of 1,559 patients per family physician.

Figure 8 examines the relative coverage of the catchment population compared to the number of family physicians who maintained an office practice, either on a salaried or fee for service remuneration model.

41. [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Starfield+Barbara\[au\]](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Starfield+Barbara[au])

**Figure 8: Profile of family practice physicians  
in office practices per catchment capita**

<b>Zone</b>	<b>Catchment Population<sup>42</sup></b>	<b>Office practice FFS</b>	<b>Office salaried MD's</b>	<b># of people per FFS + Salaried</b>
1	197,703	87	50	1443
2	174,952	94	13	1635
3	172,180	92	22	1510
4	50,693	29	1	1690
5	28,281	12	5	1664
6	79,891	44	6	1598
7	46,082	22	4	1772
<b>Total</b>	<b>749,782</b>	<b>380</b>	<b>101</b>	<b>1559</b>

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

The number of family physicians who had office practices were compared to the catchment population. As an example, in Zone 1, 197,703 people could access 137 family physician offices or an average of 1,443 persons in each practice. The per capita profile suggested some zone variation in availability of family physicians for the catchment population, with Zone 7 having the highest average of patients per family physician and Zone 1, having the lowest average of patients per family physician. There is no official provincial benchmark for optimal practice size in the province. Ongoing surveillance from Medicare supports that about 70 per cent of New Brunswickers visit a physician in any single calendar year, and within three years almost all New Brunswickers would have at least one visit with a physician.<sup>43</sup> The current community health centre remuneration framework and minimum guaranteed income contracts, estimate 1,500 patients per family physician annual caseload. Using an estimate of 1,500 persons per family physician practice, Zones 2, 4, 5, 6, 7 were slightly higher than the recommended distribution. However it is important to acknowledge that this figure does not consider the family physician's practice patterns or even what is the bulk of the family physician's activity, but simply considers location. For example a family physician may offer significant support to nurse practitioners and other allied care providers, enabling care of many more patients than could be seen in a solo practice. Some locations have considerably higher remuneration per service codes. As a result, a physician may earn the majority of income in one location, but actually provide considerable work in another location. For example, physicians coded under emergency rooms, may also have ongoing

42. Source: Statistics Canada. Table 109-5315 - Estimates of population (Census and administrative data), by age group and sex, Canada, provinces, territories, health regions and peer groups, annual (number) (table), CANSIM (database), [http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII\\_1-eng.htm](http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm) (accessed: March 23, 2009)

43. Personal communication James Ayles, February 2010 Medicare

office practices. As well, family physicians earning less than \$60,000 in one location, are not profiled. As an increasing number of family physicians 'partially' retire, this may become much more common and in fact provide significant coverage, although distributed across more practices. These weaknesses in data collection and analysis highlight the need for better data sources and ongoing surveillance.

It is reasonable to expect that the 'age' and 'gender' of a population would significantly impact the demand for primary care services, so while the average rate may appear adequate, populations with more health disparities would require more access.

The following figures explore the access by patients. In order to better understand patient activity, services covered through insured billing codes were considered as a proxy of activity. A service represents a billable code for care given. A patient may make one visit and the family physician can bill one or more codes, or conversely the patient can make a visit that is not insurable and the family physician is unable to bill for that care given. Generally one service is linked to one visit. As an example in April 2009 there 180,772 GP office visits, and 196,922 service provided or 1.09 services/office visit. However, it is important to acknowledge that this analysis does not do justice to the complexity of work and services provided in many patient visits, because it only reflects the services that physicians were able to bill for during a single visit. Figures 9-12 analyzed the number of uniquely identified persons in a calendar year, age distribution of patient population, services offered, population estimate, and location of service.

Ideally it would be expected that patients access primary care through their family physician's office. After Hour clinics and emergency rooms would be alternative choices for patients, particularly when offices were closed. After Hour clinics were introduced by physicians to provide services to patients outside of typical office hours and to lessen the demand on emergency rooms. These were proposed as an alternative access for patients for evening and weekend care when family physician offices were closed. Orphan patients, or those who do not have a family doctor, also need to use emergency rooms and After Hour clinics to access a family physician. At times, patients may choose to use these alternative settings because they are unable to arrange the time off, travel arrangements etc during typical office hours.

Figure 9 links the population estimate for the area, with the total number of patients and total number of services in the family office and After Hour setting.



**Figure 9: Profile of utilization of family physician service and location by service population**

Zone	Catchment Population	Total services in office	Office Location (count of persons)	% of pop access office	Services per Patient	Total services in AH	Afterhour Location (count of persons)	% of pop access AH	Services per Patient in AH
1	197703	660488	137999	70%	4.8	110178	52421	27%	2.1
2	174955	700065	126559	72%	5.5	28498	18955	11%	1.5
3	172180	595813	115292	67%	5.2	32193	20596	12%	1.6
4	50693	144933	33807	67%	4.3	9526	6198	12%	1.5
5	28281	101198	20396	72%	5.0	761	473	2%	1.6
6	79891	270872	59236	74%	4.6	18536	10227	13%	1.8
7	46082	165443	33711	73%	4.9	15210	8870	19%	1.7
NB	749,782	2638812	527000	70%	5.0	214902	117740	16%	1.8

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

The **population** is for the catchment. For example, in Zone 1, 660,488 office based services were consumed by 137,999 patients, or 70 per cent of the population. This averaged 4.7 services per person. As well, the After Hour clinics provided 110,178 services consumed by 52,421 patients or 27 per cent of the population accessed AH service. People saw a family physician in the office about twice as often compared to After Hour clinics. The population estimate is compared to the number of patients who had received services in a family practice office setting. Zone 3 and 4 appeared to have the greatest percentage of population that did not appear to access a family physician's office. Zone 6 appeared to have the highest percentage of population estimate who did have access in a family practice office setting. On average 30 per cent of the population did not access a family physician's office setting but it is not possible to determine if they in fact had no need to access medical primary health care, had no desire for a family physician or if they accessed alternate settings.

The patient group which is seen in the office setting may also be part of the patient group seen in the After Hour setting. The family physicians in office settings provide almost triple the number of services per patient, but this would be expected with family practice as there would be more repeat visits in a year as well as a focus on comprehensive care. After Hour practice settings focus on episodic management of acute problems with a lower likelihood for follow up or ongoing monitoring.

In Figure 10, rates were calculated to enable comparisons across NB zones.

**Figure 10: Comparative rate of patients who accessed care in office or After Hour practice locations**

Zone	Catchment Population	Office Location (count of persons)	CHC Location (count of persons)	Utilization rate (person / population)	Afterhour Location (count of persons)	Utilization rate (person / population)
1	197,703	137999	1568	0.71	52421	0.27
2	174,952	126559	6685	0.76	18955	0.11
3	172,180	115292	10240	0.73	20596	0.12
4	50,693	33807	0	0.67	6198	0.12
5	28,281	20396	9330	1.05	473	0.02
6	79,891	59236	21998	1.02	10227	0.13
7	46,082	33711	0	0.73	8870	0.19
<b>Total</b>	<b>749,782</b>	<b>527000</b>	<b>49821</b>	<b>0.77</b>	<b>117740</b>	<b>0.16</b>

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

Zone 1 had a population estimate of 197,703, 137,999 patients visited family physician offices and 1,568 visited a CHC, or 0.71 per cent accessed of the population accessed care from a private family physician or a CHC location. As well, 52,421 patients received care in an After Hour clinic, or about 0.27 per cent of the population. There is significant variation in the relative rate of access among the zones. This difference may be artifact due to the lack of data from salaried family physicians. Where possible, proxy data bases were used to estimate the activity of salaried family physicians, as in the case with CHCs. The CHCs were not submitting shadow billing data, but there was information related to the total number of patients in the CHC as well as the number of visits to family physicians. This would slightly inflate the number of patients, as not all patients of the CHC are also patients of the family physician(s). This would be particularly true in CHCs with 'stand alone' walk-in clinics such as in Zone 3 (Minto), Zone 5 (Dalhousie), and Zone 6 (Lameque, Caraquet). These walk-in clinics are structured similarly to After Hour clinics and are widely accessed by the community at large.

One would still expect that there is significant undercounting of patients in office practices, as Zone 1 had the highest proportion of family physicians to patient population ratios, as profiled in Figure 2. In Zone 1, one third (1/3) of the office-based family physicians were paid by salary. Shadow billing data is now being collected and this will provide further clarification and understanding. However that does not explain the higher utilization of After Hour clinics by populations in Zone 1 and 7. The relatively high utilization rate of office practice in Zone 5 and 6, suggests that the population has both higher care needs as well as relatively little difficulty in accessing a family physician. As an individual's age is a strong predictor of health services, it is relevant to consider age profiles in service utilization.



Figure 11 provides preliminary data on how the age of the patient may impact service utilization.

The % of zone population estimate age group" the percentage of the catchment population in that age group. For example, in Zone 1, 58 per cent of children between 0-19 visited an office practice. Within the practice itself, children made up only about 17 per cent of the total number of patients seen. In this age group, children were responsible for only 14 per cent of the activity offered by the practice.

**Figure 11: Access to primary care by age groups in office practices**

<b>Zone</b>		<b>% of region population estimate age group</b>	<b>% of office practice population</b>	<b>% of office practice activity</b>	<b>Services/ patient</b>
1	0-19	58%	17%	14%	4
	20-44	59%	30%	28%	4
	45-64	80%	33%	33%	5
	65+	94%	20%	25%	6
2	0-19	62%	20%	17%	5
	20-44	63%	30%	25%	5
	45-64	82%	32%	32%	6
	65+	92%	18%	26%	8
3	0-19	58%	20%	16%	4
	20-44	55%	29%	27%	5
	45-64	77%	32%	32%	5
	65+	94%	19%	25%	7
4	0-19	47%	15%	10%	3
	20-44	59%	28%	23%	3
	45-64	77%	37%	37%	4
	65+	88%	20%	30%	6
5	0-19	49%	14%	10%	3
	20-44	61%	25%	21%	4
	45-64	84%	38%	40%	5
	65+	97%	23%	30%	7
6	0-19	61%	16%	10%	3
	20-44	65%	27%	23%	4
	45-64	81%	37%	38%	5
	65+	93%	20%	29%	7
7	0-19	60%	18%	12%	3
	20-44	63%	27%	24%	4
	45-64	81%	34%	35%	5
	65+	95%	21%	29%	7

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

There is widespread discussion in lay and professional journals about the complex health challenges of the aging population. Figure 11 explored the difference in access by age groups of the office practice setting and by zone. The analysis considered by zone, what was the percentage of people within select age groupings that had accessed primary care through a family physician's office; what percentage was this based on the total of people who had accessed care; and what percentage was this of the family physicians' total services that had been rendered.

The senior population appeared to have very open access to a family physician as demonstrated by the number of patients who were seen in office practices, compared to the population estimate. The lowest percentage was in Zone 4, where 88 per cent of seniors had seen a family doctor, and the highest percentage was in Zone 5 with 97 per cent of seniors having been to the family physicians' office. They tend to comprise about 20 per cent of the family physician practice although they are responsible for 25-30 per cent of the practice activity. Seniors have the highest proportion of services per patients. The 45-64 age group makes up slightly over 1/3 of the practice population and are responsible for about 1/3 of the practice activity. This raises concern as this population ages, given that the care needs are likely to rise and consume proportionately more of the available practice resources. As somewhat expected, there is less access by youth and young adults of primary care services, and correspondingly they make up less of practice population and consume on average fewer services.

Figure 12 provides a similar profile of the After Hour Clinic setting. Similar to Figure 11 the analysis considered by zone, what was the percentage of people within select age groupings that had accessed primary care through an After Hour clinic; what percentage was this based on the total of people who had accessed care; and what percentage was this of the total services that had been rendered.

The "% of population estimate" column represents the percentage of the catchment population in that age group. For example, in Zone 1, 28 per cent of children between 0-19 visited an After Hour clinic. Within the clinic itself, children made up only about 28 per cent of the total number of patients seen. In this age group, children were responsible for 32 per cent of the activity offered by the clinic.

**Figure 12: Access to primary care by age groups in After Hour clinics**

<b>Zone</b>	<b>Age Group</b>	<b>% of population estimate</b>	<b>% of AH practice population</b>	<b>% of AH practice activity</b>	<b>services / patient</b>
<b>1</b>	<b>0-19</b>	<b>35%</b>	<b>28%</b>	<b>32%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>30%</b>	<b>40%</b>	<b>40%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>21%</b>	<b>23%</b>	<b>21%</b>	<b>2</b>
	<b>65+</b>	<b>16%</b>	<b>9%</b>	<b>7%</b>	<b>2</b>
<b>2</b>	<b>0-19</b>	<b>16%</b>	<b>35%</b>	<b>38%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>12%</b>	<b>38%</b>	<b>37%</b>	<b>1</b>
	<b>45-64</b>	<b>8%</b>	<b>21%</b>	<b>19%</b>	<b>1</b>
	<b>65+</b>	<b>5%</b>	<b>6%</b>	<b>6%</b>	<b>1</b>
<b>3</b>	<b>0-19</b>	<b>15%</b>	<b>29%</b>	<b>29%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>13%</b>	<b>39%</b>	<b>40%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>10%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>2</b>
	<b>65+</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>8%</b>	<b>1</b>
<b>4</b>	<b>0-19</b>	<b>15%</b>	<b>26%</b>	<b>27%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>14%</b>	<b>36%</b>	<b>37%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>11%</b>	<b>28%</b>	<b>27%</b>	<b>1</b>
	<b>65+</b>	<b>8%</b>	<b>11%</b>	<b>10%</b>	<b>1</b>
<b>5</b>	<b>0-19</b>	<b>1%</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>1</b>
	<b>20-44</b>	<b>4%</b>	<b>65%</b>	<b>70%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>0%</b>	<b>10%</b>	<b>8%</b>	<b>1</b>
	<b>65+</b>	<b>1%</b>	<b>7%</b>	<b>5%</b>	<b>1</b>
<b>6</b>	<b>0-19</b>	<b>15%</b>	<b>23%</b>	<b>21%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>14%</b>	<b>35%</b>	<b>34%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>11%</b>	<b>30%</b>	<b>31%</b>	<b>2</b>
	<b>65+</b>	<b>10%</b>	<b>12%</b>	<b>14%</b>	<b>2</b>
<b>7</b>	<b>0-19</b>	<b>24%</b>	<b>27%</b>	<b>26%</b>	<b>2</b>
	<b>20-44</b>	<b>20%</b>	<b>33%</b>	<b>33%</b>	<b>2</b>
	<b>45-64</b>	<b>18%</b>	<b>28%</b>	<b>29%</b>	<b>2</b>
	<b>65+</b>	<b>14%</b>	<b>12%</b>	<b>12%</b>	<b>2</b>

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

In all zones, in all age groups, a significantly lower percentage of the population estimate, accessed After Hour clinics. After Hour clinics appeared to be more commonly used by the younger population. The highest percentage of users compared to the population estimate was youth; and the lowest seniors. This was exactly the reverse of office practice settings. However within the actual clinic settings, the majority of patients were young adults. This would seem reasonable if the services were being consumed by individuals who were unable to access timely appointments their family physician during standard office hours. For example, working young adults may have more difficulty to get time off to see the doctor either for their own health needs, or for the needs of their children. As a result they would access these clinics. All age groups appeared to have a similar rate of access, about two visits per year among users. This is approximately half the average number of services per patient in office settings, consistent with the management of more acute, episodic health concerns. Seniors consume the least services in these clinics, suggesting that they are able to access their family physician office. They may also have a lesser incidence of acute episodic health issues that can be cared for in such clinics. It would be interesting to examine how emergency rooms are used by age brackets.

There is ongoing concern about the growing number of patients without family doctors. Data from CIHI<sup>44</sup> suggested that about 12 per cent of adult New Brunswickers do not have a usual place that they go to when they are sick or need advice about their health. In March 2009, brief survey was completed on the estimated number of orphan patients in the zones. There was no consistent method of monitoring orphan patients among the zones.

After Hour Clinics may provide an alternate way to estimate the number of orphan patients. By comparing the total number of uniquely identified patients who accessed care at either office locations and/or After Hour clinics with the number of patients uniquely registered in office locations, it is possible to calculate the number of uniquely identified patients who only accessed care in After Hour Clinics. It would seem reasonable that this would be an alternative access to primary health care if one did not have a family doctor. Ideally this would also be cross referenced with HIS data, which captures family physician in the registration data, but this level of detail was not available. Figure 13 profiles the estimated patients who only accessed care in After Hour locations. This is lower than the 12 per cent that was estimated by CIHI, but would not take into account persons without a family physician, who did not require health care services. Again the lack of information from salaried family physician practices considerably weakens this analysis.

---

44. CIHI (July, 2009) - Experiences with Primary Health Care in Canada [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_en.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_en.pdf)

In Figure 13, the population estimate column represents the number of persons of the catchment population in that age group. For example, in Zone 1 there are 41,386 children aged 0-19. Of these 28,956 visited either an After Hour clinic or a family physician office. We were able to determine that 5,078 only visited an After Hour clinic by cross referencing between the two practice areas. This is 12.27 per cent of the children in that zone. Overall 6.95 per cent of that catchment community (all ages combined) used an After Hour service.

**Figure 13: Estimate of orphan patient population**

<b>Zone</b>	<b>Age Group</b>	<b>Population estimate</b>	<b>Total pts in office + AH practices</b>	<b>Pts who do not go to office</b>	<b>% of population on estimate age group in the region</b>	<b>% of region's population estimate</b>
1	0-19	41386	28956	5078	12.27%	6.95%
	20-44	70473	47892	6316	8.96%	
	45-64	57248	47587	2053	3.59%	
	65+	28596	27306	295	1.03%	
2	0-19	41124	27400	1726	4.20%	2.37%
	20-44	59355	39333	1673	2.82%	
	45-64	49652	41092	612	1.23%	
	65+	24824	22885	140	0.56%	
3	0-19	39810	24986	1837	4.61%	3.09%
	20-44	61995	36488	2550	4.11%	
	45-64	47504	37523	815	1.72%	
	65+	22871	21622	125	0.55%	
4	0-19	10609	5640	634	5.98%	3.20%
	20-44	15990	10075	680	4.25%	
	45-64	16383	12868	259	1.58%	
	65+	7711	6844	47	0.61%	
5	0-19	5881	2920	39	0.66%	.73%
	20-44	8417	5308	152	1.81%	
	45-64	9225	7766	11	0.12%	
	65+	4758	4608	4	0.08%	
6	0-19	15333	10193	768	5.01%	3.30%
	20-44	25019	17273	1121	4.48%	
	45-64	27048	22629	592	2.19%	
	65+	12491	11774	152	1.22%	
7	0-19	9982	6816	778	7.79%	4.72%
	20-44	14636	10126	894	6.11%	
	45-64	14110	11861	423	3.00%	
	65+	7354	7085	82	1.12%	
<b>Total</b>		<b>749785</b>	<b>556856</b>	<b>29856</b>	<b>3.98%</b>	

Source: New Brunswick Medicare Services (2007)

There was significant variation among the zones, with Zone 1 profiling the highest potentially 'orphaned' population at 6.95 per cent. Zone 5's data was valuable in recognizing that patients did not access After Hour clinics, but this was probably because there was very limited access to these services. The analysis by age group offered valuable information about the health care needs of the orphaned population. Zone 1 continued to profile a high number of children and young adults who did not appear to have a family doctor. This suggested that young families may have had the most difficulty in accessing a family physician, either due to office practice hours, or no family physician. Seniors again were the lowest user group, followed by the 45-64 year old cohort.

Emergency rooms are an alternative access site for primary health care needs both by patients with family doctors as well as those who are orphaned. Figure 14 provided some insight on the Emergency Room utilization. Here the population estimate in each zone was compared to the number of emergency room visits. Note that one person can make multiple visits.

**Figure 14: Rate of ER visits by zone**

<b>Zone</b>	<b>Catchment Population</b>	<b>Emergency room visits (count of visits)</b>	<b>Utilization rate - number of visits / 1000 population)</b>
1	197,703	151471	766
2	174,952	143962	823
3	172,180	140632	817
4	50,693	73258	1445
5	28,281	27324	966
6	79,891	65839	824
7	46,082	42090	913
<b>Total</b>	<b>749,782</b>	<b>644576</b>	<b>766</b>

Source: New Brunswick MIS annual report 2007-2008



Data was only available based on visits, not persons. Visit activity from the HIS provided preliminary insight of how patients accessed Emergency Rooms. The relatively low access rate to After Hour clinics and Family physician offices profiled in Figure 10 for Zone 4 may be partially accounted for in Figure 14, where Zone 4 has the highest access rate in ER visits. This data likely includes multiple visits by the same person. Interestingly, the lowest rate of utilization of the ER is in Zone 1. This may reflect the higher rate seen in After Hour clinics, which were actually first introduced in Zone 1, by the ER Doctors. Zones 4, 5, 6 all had a higher percentage of the family doctors who worked primarily in ER settings (Figure 1) compared to the other zones and this may also partially explain the higher utilization.

It appears that both emergency rooms and After Hour clinics have a critical role in covering primary care needs for office practices and perhaps orphan patients. It is important to have a better understanding of these as well as data on salaried family physicians in order to correctly plan for population health service.

### **The Profile of CHCs, Health Service Centres, Tele-care**

CHCs, with care provided by an interdisciplinary team of health care providers, are widely endorsed as a service model that has the potential to improve access and manage wait times. In 2007 there were approximately 22 family physicians working in seven community health centres. One community health centre has a hybrid model, with a fee for service family physician working onsite. In the other six sites, the family physicians were salaried. The CHC family physicians have not been submitting shadow billing data, which prevents a comparative profile from the Medicare database. The data is not available on the number of patients who only saw the family physician, but we do know the number of patients who accessed care in the CHC. In Zone 1, 1568 clients went to the CHC. There were 2411 visits to a family physician in the office, and 337 visits as a walk in. Of the 1568 persons, we do not know the relative breakdown of visits among the team members. Within the unscheduled visits, we do not know how many considered the physician their family physician.

**Figure 15: Patient and visit profile in CHCs**

<b>Zone</b>	<b>Clients served</b>	<b>Scheduled visits</b>	<b>Unscheduled visits</b>
1	1568	2411	337
2	6685	19848	0
3	10240	16697	8587
5	9330	3537	16259
6	7025	3687	14054

Source: New Brunswick MIS Annual Report 2007-08

The CHCs have an electronic medical record but there is only limited data that is aggregated centrally. Data from Central Miramichi CHC and Caraquet was not included in the Figure 15 because those family physicians were paid on a fee for service basis, and would be counted with other fee for service family physicians in office practice locations. The Gibson Collaborative Clinic activity was included within the Zone 3, CHC activity. The patients served is not necessarily limited to patients who accessed family physicians but includes all patients who received care in the CHC. However it is reasonable to expect that the significant majority are patients of the family physician(s). Scheduled and unscheduled visits would be roughly analogous to services. Unscheduled visits are those made to the walk in clinic.

Data related to health service centres and collaborative practices was merged into the discussion of family practice, After Hour and emergency rooms. While it would be valuable to know more about those practices, perhaps the most significant take-away is that these already exist and it would make sense to leverage them.

### **Tele-care**

New Brunswick had recognized the need to enhance primary health care access in the mid 1990s. Tele-care and Health Related Information Lines have been available in both official languages, toll-free, province wide, 24 hours/day, seven days a week, since February 1997. The service is currently run by the Department of Health with support of a third party service provider, Sykes. Sykes employs nurses who are experienced in acute emergency or ambulatory care settings. The nurses use standardized clinical guidelines, accessible through computer software, to rapidly identify callers' needs, triage symptoms and provide health information/advice and referral if necessary.

For the fiscal year 2007-08, Tele-care took calls from 64,000 NBers and provided care advice for over 87,000 health issues. Figure 16 profiles serviced calls by outcome.

**Figure 16: Tele-care calls by service outcome**

911/ambulance dispatch	5.1%
Community Service	0.5%
ED Guideline-directed	17.0%
ED no guideline	2.8%
Other	0.3%
Other Health care provider	1.2%
Pharmacy	0.5%
Family physician referral	37.8%
Self care	32.7%
None specified	1.7%

Source: New Brunswick Telecare Service 2007

This translates to one in five New Brunswick households using the service. The largest users were women of child bearing age, with 22 per cent of calls for children under five years of age and 8 per cent regarding babies under the age of one. The province is currently exploring the use of Tele-care as a single entry point for the province for patients who are looking for family doctors.

### **Nurse Practitioner and Primary Health Care**

In early 2000, the Province of New Brunswick in partnership with key stakeholders including the Nurses Association of New Brunswick (NANB), the New Brunswick Medical Society (NBMS) and the University of New Brunswick worked together to introduce nurse practitioners (NP). NPs had been recognized in other jurisdictions as key enablers in primary health care renewal. With a broader scope of practice that included not only the ability to assess, treat and diagnose illnesses, but also skills in health promotion, population health and community development, they were well prepared to be key players enabling primary health care renewal in New Brunswick. The first NPs were hired in 2004 and by 2007, there were 39 NPs working in NB in a variety of settings. Figure 17 profiles the workplace settings and locations by zone in 2007-08.

**Figure 17: Nurse practitioner work settings in 2007-08**

5 Community Health Centres	Zones	1,2,3,5,6
12 hospital settings	Zones	1,2,3,4,5,6,7
4 Health Service Centres	Zones	2,6
2 Psychiatric facilities	Zones	2
1 Community Mental Health Centres	Zone	7
1 Public Health Offices	Zone	1
1 Extramural Offices	Zone	1
1 Collaborative Practice	Zone	6

Source: NB Dept of Health, HRDB Database

Within the CHC framework, the NPs have become integral team members. In 2007-08 the Hospital Utilization and Financial Information database (MIS) recorded that NPs in CHCs had 11,565 visits with patients.

### **Summary of "Where are we now"**

"Access: Where are we now" recognized the family physician as the mainstay in primary health care delivery. In 2007, young families appeared to have the most difficulty with accessing primary health care. After Hour clinics appeared to fill an important need for primarily young families in providing evening and weekend access to primary care. Seniors appeared to have a family physician which may be related to concomitant chronic diseases requiring more frequent management. It would be valuable to better understand the importance of emergency rooms in meeting primary health care needs. As well it would be valuable to have a clinical, economic and utilization data source that could be used to cross compare various primary health care service sites such as CHCs, HSCs, emergency rooms, office and After Hour practice settings. The province was an early adopter of technology and has integrated a Tele-care system that appeared to be an important resource point for mothers of young children.

In 2007, an estimated 80 per cent of the NB population accessed the family physician through private offices, After Hour clinics or CHCs. The comparative analysis of utilization between family practice office locations and After Hour locations highlighted significant differences in access patterns by zone and by age groupings. On average there was one family physician to 1,559 persons. However, this did not consider how much the physician worked, or where they worked. The analysis then focused on developing a better understanding of how patients accessed office

practice locations and After Hour locations. Generally about 70 per cent of the population saw a physician in an office practice setting. Middle-aged and older adults were the highest user groups in office settings, consuming about 60 per cent of the practice activity. Seniors had the highest number of visits per persons. After Hour clinics were used by about 16 per cent of the population. Generally youth and young adults were the high user groups and consumed the greatest percentage of the practice activity. On average patients made almost twice as many visits to a family doctor in an office setting compared to an After Hour practice. There was considerable difference among the zones in terms of access to After Hour clinics. Zone 1 and Zone 7 had significantly higher utilization rates, with again young adults being key users. A cross analysis between After Hour clinics and office practice locations was performed, to identify patients who only accessed After Hour clinics. There appears to be a cohort of users without documented evidence of a family physician. It is assumed that this may represent patients without family doctors or orphaned patients. Again the population of After Hour users without family physicians, is over-represented by young families. The mix of family physicians and the primary location of practice may be strong determinants in access patterns. As an example, in Zone 5, 58 per cent of family physicians worked primarily through the ER. This was much higher than the rest of the province. When primary care in that zone was analyzed, only 41 per cent of the population estimate accessed care through either the office or After Hour clinic setting, compared to all other zones which ranged between 70 and 77 per cent. They also had the second highest utilization of ER visits by the zone population estimate. In a very real sense, patients went where the doctors were. The ratio of family physicians to catchment population was actually the lowest in Zone 1, although both the orphaned population and utilization of After Hour clinics is high. This needs further study.

The recent introduction of nurse practitioners has been promising. Although there were still comparatively few NPs, they have been embraced across a wider variety of work settings across the province. Within the CHCs they have significantly improved access for their patient populations.

### **Access: Where do we want to go?**

The philosophy of PHC shifts the emphasis of health care away from hospitals and into the community, where the family physician supports the continuum of care, linking community and hospital. Patients would benefit from improved access to screening, health promotion, and self management supports.<sup>45</sup> As a result most provinces are adopting incentives in fee for service billings to support improved chronic disease management. Research has identified that patients with higher care

---

45. <http://www.ihl.org/IHL/Topics/ChronicConditions/>



needs, as those with chronic diseases, were significantly better cared for and created less economic burden on the health care system when they were attached to a primary care family physician.<sup>46</sup>

Salary arrangements may be an important factor in determining the required mix of primary health care services. Remuneration discussions must consider the 'types' of services that are insured or 'billable'. Currently preventive services, such as periodic health exams, are not insured, although it has been well supported that earlier case finding, and health counseling led to improved health maintenance. This needs to be acknowledged and reinforced within the remuneration model so that family physicians provide an optimal mix of these services.

The family physician has traditionally been responsible for primary care. This includes assessing, diagnosing and treating patients, as well as referring patients to other levels of care and/or to other types of care services when needed. Family physicians report that for most people, health care seldom moves beyond this frontline service.<sup>47</sup> This process of referral, reflects the relative isolation of family physicians in office practices. While they may act as gatekeepers, enabling access to other health care providers, there is little immediate support for family physicians in managing the primary health care needs of their patients.

Some services have been established, as in the case with diabetes education clinics, but often these services are set up in large tertiary hospitals during traditional office hours. These services often have high no-show rates. Services need to be provided closer to the patient's home, and scheduled to avoid conflict with work-related commitments. For example diabetes education could be offered in the evenings and on weekends as well as through alternate learning models such as self-study modules online. As well, there is the need for co-ordinated programs directed at prevention and early detection of chronic diseases. The conceptual model of chronic diseases must broaden, and include mental illnesses as well as addictions.

Balancing work and personal needs of health care providers has been an important consideration in ensuring sustainable human resources. The archetype country doctor on call 24/7 was not sustainable. Over the years family physicians continued to trial alternative arrangements such as group practices, to ensure that patients had appropriate access to 24/7 care. Although there is some information on primary care utilization, the lack of comprehensive surveillance data that includes also wait times severely restricts the capacity to understand what the gaps and challenges are, and

---

46. Hollander, M., Kadlec, H., Hamdi, R., & Tessaro, A. (2009) Increasing value for money in the Canadian Healthcare system: New findings on the contribution of primary care services. *Healthcare Quarterly*. 12(4)  
<http://www.longwoods.com/product.php?productid=21050&cat=609>

47. College of Family Physicians of Canada, (April 2008) p12.

to be able to develop solutions that can then be monitored to determine if the issues are resolving.

The preliminary data on primary care practices identified a number of areas that required more investigation. The committee strongly endorses more detailed ongoing surveillance of access to primary health care services using an indicator dashboard. This information has the potential to build critical benchmarks for ongoing quality improvement initiatives.

The development of rural hospitals enabled a wider health care team, through emergency rooms to assist in providing this needed care. Today it is well recognized that emergency rooms are not appropriate for primary health care services and in fact the centralization of tertiary services itself created accessibility issues for rural populations. The introduction of After Hour Clinics and services such as Tele-care provide partial solutions. New Brunswickers continue to describe difficulties in accessing care 24/7. In particular, young families appear to be higher users of both After Hour clinics and Tele-care. This may relate to difficulties with obtaining a family doctor, inability to arrange visits during routine office hours, or need for health information outside of office hours. Innovative approaches that involve teams, alternative funding mechanisms, and technology are needed to build a sustainable primary health care network that is accessible, available, appropriate and affordable for New Brunswickers.

New approaches need to be developed, as society copes with a quickly aging population and what is a fast growing health-care issue. The social structure has changed significantly, and many seniors do not have extended support networks available from their children and families. There is inadequate access to supportive living residences and built environments to enable independent senior living. The current hospital setting has become a default care service for frail seniors who are awaiting placement in longterm care facilities. Service models may involve customizing the built environment to include access to supportive living residences with in-facility health care teams. Tele-health technology may help enhance access by providing virtual home visits to seniors, countering the barriers imposed by distance or mobility limitations. While advances have been made in training home care workers, there continues to be serious gaps and opportunities to further improve access to affordable, qualified and reliable home support workers. These solutions cannot be the responsibility of the health care team, but will come from all sectors of government working together. A key partner will be the Department of Social Development.

There are numerous anecdotes describing the challenge that many families face when trying to attend health care appointments while balancing factors

of geography, income and culture. There must be co-ordinated strategies to ensure the availability of affordable and accessible public transportation. We must ensure that families are able to afford such basic necessities as appropriate housing, food and other necessities of life as well as being able to meet health care needs such as prescriptions, health care supplies or aides to daily living. We must address the dilemma faced by the working poor, who often have either no private health insurance or are poorly covered by the health insurance plans. As in other jurisdictions, New Brunswick health services must consider and plan for services recognizing rural/urban realities, and cultural diversity including French, English and First Nation communities.

***The Committee has identified the desired attributes of improved access in NB at the end of the next five years. These are:***

- Every New Brunswicker has access to a family physician.
- Everyone is able to see the 'right provider' in the 'right place' at the 'right time' and at the 'right price'. This is alternatively stated as 'access to health services that are available, accessible, appropriate and affordable'.
- Mental health services are recognized as a important core services of primary health care, needed to deal with the increasing awareness of the burden of care related to mental health.
- People know where and how to appropriately access the health system.
- The patient is supported throughout their health care experience and across the continuum of care ranging from primary to tertiary levels of care and from community to institutional settings.
- There are surveillance processes in place on primary health care services with regular reporting on a dashboard of indicators related to access, to support benchmarking and ongoing quality improvement.

## Pillar 2 - Teams: Where are we now?

There are numerous examples of formal and informal teams in New Brunswick. On an informal level, family physicians have developed a loose network of support in some communities with other service providers either in the hospital system or private sector. While certainly useful, this support is typically in the form of referrals with a parallel rather than integrated approach.

Formal teams, made up of health professionals from a wide range of settings, including community health centres, community mental health services, health service centres, extramural program, primary care, and public health, are delivering excellent innovative programs and services across the province. We have taken the opportunity in this section, to highlight a few examples to illustrate the team work that is already happening in New Brunswick and the importance of leveraging the talent and expertise that exists. Examples include:

- Interdisciplinary teams typically consisting of psychologists, nurses, social workers and auxiliary personnel such as human service counselors and work rehabilitation counselors work in the 14 Community Mental Health Centres (CMHC) and satellite clinics, to address the mental health needs of the populations served.
- There are 20 health service centers, where the staff initially included nurses and family physicians, and more recently many have added visiting health care providers such as dietitians and medical specialists. These centres were first introduced in 1975 in rural communities, as a strategy to attract and retain family physicians.
- In 2003, the province established community health centres, further endorsing the importance and value of a health care team. The interdisciplinary team typically includes nurses, a family physician, a dietitian, a social worker and rehabilitative therapists.
- In January 2010, there were 51 NPs employed by the Regional Health Authorities in a variety of settings including 38 collaborative Nurse Practitioner/Physician collaborative sites throughout New Brunswick.
- Since the early 1990s, public health staff have worked in teams with staff from the Department of Social Development, Department of Education and community partners to deliver programs and services to children and families.
- The hospital system has introduced formal teams, in areas such as Diabetes Education Clinics (DEC) and Rehabilitation programs. In DEC (Diabetes Education Clinic) for example, a small team usually consisting of a nurse and a dietitian counsel patients referred by physicians.

- The extramural program is comprised of an interdisciplinary team that provides home care to patients throughout New Brunswick, most commonly through direct referral by a family physician. The team includes nurses, respiratory therapists, occupational and physiotherapists, social workers and others and the program has been cited throughout Canada as an exemplary model for community-based care delivery.

Current literature cites many examples of how teamwork has improved effectiveness and efficiency in the health care system. The Group Health Centre in Sault Ste Marie continues to be a leader, demonstrating successful team approaches<sup>48</sup>. The Tabor project, now part of the Chinook Primary Care Network, in Alberta is a recent example of how primary care family physicians redesigned their practice introducing a team approach. Family physicians were able to provide more comprehensive care and improved 24/7 access to primary care. Outcomes included improved use of best practices for asthma management resulting in decreased hospital admissions and emergency room visits, improved monitoring and control of glycated hemoglobin, and improved screening for breast and colorectal cancer.<sup>49</sup>

### **Teams: Where do we want to go?**

New Brunswick must develop networks of primary health care teams, creating innovative service delivery models that will ensure that all New Brunswickers are able to access a family physician supported by an interdisciplinary primary health care team. Family physicians working in private practices identify how working within a team of allied health care providers would benefit the patient as well as the health care system<sup>50</sup>. For example, dietitians are better trained and equipped to support patients who need to adopt better eating patterns. With allied team members onsite, the patient is able to access timely support and the team members can collaborate to provide a systematic and consistent care plan. At a population level, this improved efficiency can mean that the family physician is able to share care thereby enabling more patients to be seen as well as effectively managed.

Teamwork will change the landscape of primary care and provide the basic framework to improve the quality of health care services, the access to health care services; and the overall health and well being of the population. It will change the way we do business. Person-centered collaborative care is central to the team approach. Care is co-ordinated so that the care the person receives is comprehensive and has continuity. In collaborative care a person's health care needs are met by a team of health care workers, with the appropriate need being met by the most appropriate provider.

48. Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?slD=30>

49. Dr R. Wedell, (September 2008). Personal communication

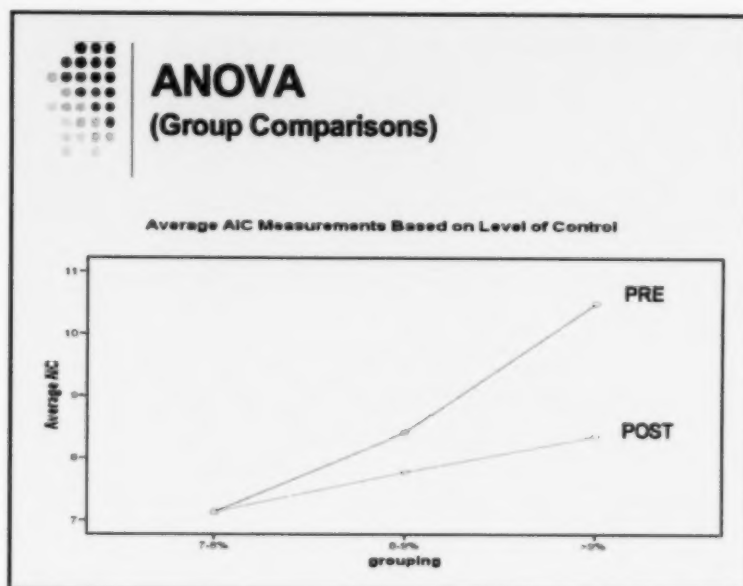
50. College of Family Physicians of Canada (2009) Patient centered primary care in Canada [http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF\\_2009/news/Bring%20it%20on%20Home%20FINAL%20ENGLISH.pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF_2009/news/Bring%20it%20on%20Home%20FINAL%20ENGLISH.pdf)



## Case Manager Improves Outcomes!

Since 2005, a diabetes educator nurse has been regularly seeing patients, selected by the family physician in over 34 private family physicians offices. Typical visits include a chart review, patient assessment, patient teaching, and recommendations for the physician regarding treatment changes and referrals. In 2008, there were 1,049 patient visits.

The sentinel indicator used as a proxy for overall management of diabetes is Hgb A1C, with 7 per cent generally accepted as the goal for glycemic control. In a snapshot of 465 patients, there was a mean decline of .774 per cent in Hgb A1C ( $p < .0001$ ), suggesting significant improvement in overall patient management.



The local endocrinologist says that she is no longer overwhelmed with referrals for patients with type 2 diabetes who need to be transitioned to insulin. The physicians are equally pleased and feel that their patients benefit from the close collaboration within the medical home!

For more information please contact P. Ryder, Zone 1SE.

The primary health care team will focus on helping the patient to manage their health challenges and optimize wellness. The CFPC (2007), views family physicians as playing the central role in co-ordinating care for patients, maintaining continuity of care and ensuring that care is comprehensive and accessible. More effective roles for family physicians may involve transition from primary care provider to co-ordinator of the overall management of a patient's health, and steward for the well-being of

the practice population. Some of the key activities in this new role include leading and monitoring processes of care delivered by a collaborative team; supporting initiatives that address health determinants and limit risk factors; and motivating and educating patients in necessary lifestyle modifications. In other models, the care coordinator may be the provider with the most information about the patient or reflect the patient's preference for a care manager. What is important, is to ensure that someone is responsible for seeing that the individual receives the right care at the right time and in the right place. As one Committee member said, "Teams don't take responsibility. A person does."

The interdisciplinary teams will need a link into the community where other programs will enhance the patient's treatment plans. This would include resources such as self-help and support groups, opportunities for exercise etc. Building relationships with communities through interaction with non-government (NGOs) health-related agencies, community advisory groups, community leaders, etc., will be essential for addressing broader community needs with the social health determinants. We need to consider how to engage other stakeholders within the community, integrating their contributions to enhance primary health care services. 'Health services' are only one contributor to health and developing sustainable health care systems will require broad community based strategies to support health and wellness.

However change does not come easily. There have been many lessons learned from other demonstration projects that implemented team structures in primary health care settings. This shift will need to be supported by a robust change management strategy that builds the necessary skills to develop positive team practices. All professional services have certain criteria for determining if, when and how services are delivered. Clearly, for teams to be effective there needs to be an understanding of the modus operandi of the various members and how to support development of collaborative skills. Some providers will need to be convinced that there is added value to their practice/service over how services are presently delivered. Members will need to fully understand, trust, value and respect the competencies of the various service provider professionals with whom they work.

The teams should be organized to support professional education of new practitioners and provide preceptorship sites in primary health care delivery. This will help to ensure that students are exposed to primary health care service, providing the opportunity for development of team based skill sets and helping to attract and recruit graduates to work in these settings.

Clarity is needed as to what constitutes the team; how teams form, the relative value of onsite team versus virtual teams, governance and management of daily operations.

The advantages and disadvantages of various models may need to be determined on a case by case basis, taking into account the care setting such as the physical space, the dominant patient population and the prevalence of chronic illnesses.

Shifting to teams will take vision, committed leadership and champions. Strong administrative support and appropriate stewardship will be necessary. We will need investment of the right resources - time, money, educational opportunities and professionals – with which to support implementation and delivery, and to ensure equitable access, geographically and culturally appropriate across the Province. We recommend a staged implementation plan, developing small successful change projects that can be tested, modified and spread.

The new change in structure for New Brunswick's Regional Health Authorities provides an opportunity to move PHC to a more forward and effective position, functioning as an adjunct – not a replacement- to the traditional medical delivery of service. PHCAC endorses the role of a high-level position (e.g., Vice President Community Health/PHC) within each of the two new RHAs. This position should be mandated with the responsibility for co-ordinating activity among all of the PHC services within the RHA. This will help to ensure an integrated approach, building bridges across the continuum of health care services.

***The Committee has identified the desired attributes of primary health care teams in NB at the end of the next five years. These attributes are:***

- The philosophy of working as part of a multidisciplinary team is promoted in the training of health care professionals.
- A mechanism is in place to help allied professions integrate within a network of PHC services and is supported by the regional health authorities (RHAs).
- There are defined organizational and educational supports available to assist in the development of teams including supports directed at ongoing team management.
- There is clarity between providers of the roles, based on competencies, and a high level of trust and respect among team members.
- Clear lines of responsibility are understood and incorporated into the working of the team.
- PHC practitioner provides comprehensive services whether in hospital, on call, in the office/clinic or to individuals in their homes.
- Effective partnerships are forged between multidisciplinary teams, non-government agencies (NGOs) and communities.

## Pillar 3 – Timely Information: Where are we now?

Primary health care providers currently work with a variety of information modalities in health care delivery. Family physicians generally have a paper chart, that will include records related to clinical investigations, and past visits. Private family physician offices are able to link with the local zone hospital/health authority and access laboratory data stored in the data repository. Although all zones in New Brunswick have an electronic data base in which patient information is stored, this data does not cross zones. In Zone 6, lab data merger is time delayed even among the hospital facilities within the zone. This can result in hold ups in diagnosis/treatment, misdiagnosis/treatment or unnecessary duplication of tests and investigations. The province has committed to developing a provincial electronic repository of patient information that would be accessible regardless of where the patient presented for care. This electronic repository is under development and expected to be partly operational within the next year.

Multiple access points provide the patient with alternate entries to the health care system, however communication, or the sharing of information among service points, is a common challenge. As an example, After hour clinics, Tele-care and CHCs are described below, highlighting the difficult process of sharing information among different settings.

**After hour Clinics** – *Walk-in clinics have become a quick way to see a doctor. While walk-in clinics fill a gap, it is a challenge for the 'After Hour' family physician to appropriately manage patients with basically no history to start from. It is also a challenge for the family physician to manage a patient's health status, when uninformed about treatment received in After Hour clinics. Metaphorically, walk-in clinics have been likened to a "drive-through" with no follow-up.*

**Tele-care** – *A common concern is the lack of communication between the Tele-care service and family physician. Traditionally, the patient called his/her family physician for advice, which meant that the doctor had a record of the concern and the advice provided. Although the public is encouraged to use the Tele-care service, no process is in place that requires a record of the contact and advice given nor is that information forwarded to the family physician. Anecdotally, physicians report that patients rarely mention that they have used the Tele-care service.*

**Community Health Centres** – *The majority of CHCs have a defined 'walk in clinic'. Non-registered citizens are able to access the walk in clinic as well as other clinics that are provided by the health care team such as the dietitian, nursing etc. While there is an electronic health record that supports communication within the team, there are few communication processes to support communication with providers who are not directly connected with the CHC.*

The province is implementing a prescription monitoring program for select controlled drugs as part of a strategy to manage the growing problems of opiate addictions. There will be a monitoring and surveillance system to track the filling of narcotic prescriptions and enable feedback to family physicians.

There have been ongoing discussions with the medical society about electronic medical records (EMR). The Commonwealth Fund study conducted in 2009<sup>51</sup> reported that 37 per cent of Canadian primary care family physicians use some form of electronic medical record, the lowest uptake among the countries surveyed. A survey of New Brunswick MDs conducted by the New Brunswick Medical Society in 2005 found that 39 per cent of respondents use computers for scheduling; 26 per cent reported having some type of an electronic medical record. The survey was about the use of technology in general and may include family physicians who are using only the functionality for electronic billing and scheduling. It is not known how many family physicians have purchased an EMR. Only the CHCs have been provided with the Purkinje EMR and this is the only system interfaced with the hospital information system.

The Client Service Delivery System (CSDS) is an electronic health information and documentation system that is used by both Mental Health and Public Health Services. There is an addictions information system (RASS). These systems do not interface with the HIS, nor is there data abstracted for reporting either provincially or nationally to CIHI. Finally all of these systems are housed separately. There is no common central agency responsible for these information systems. The challenge of tracking patient information across electronic repositories that are neither interfaced, nor share common minimum data sets and data definitions is self evident. In fact, recognizing that patient records may exist in all these sites, with care provided through these disconnected agencies and no common portal among these agencies highlights the challenges that would exist in managing the patient care through the electronic world. This is further exacerbated by a paper world that also co-exists.

What is the cost of poor communication for patients? Dr Alvarez, President/CEO of Canada Health Infoway presented the following facts. For every 1,000:

- hospital admissions, 75 people had an adverse drug event;
- patients with an ambulatory encounter, 20 people suffered a serious drug event;
- patients discharged from hospital, 90 people suffered a serious adverse drug event;
- laboratory tests performed, up to 150 were unnecessary (range 50-150);

51. The Commonwealth Fund 2009 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries; C. Schoen et al., "A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries: Perspectives on Care, Costs, and Experiences, 2009." Health Affairs Web Exclusive, Nov. 5, 2009, w1171-w1183 <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/In-the-Literature/2009/Nov/A-Survey-of-Primary-Care-Physicians.aspx>



- emergency department visits, 320 patients had an information gap identified; resulting in an average increase stay of 1.2 hours;
- Canadians recommended for influenza protection, 370-430 were not vaccinated.<sup>52</sup>

It is important to understand activity within the health care system and at a population health level. As described earlier under the heading of access, there is no comprehensive primary health care surveillance system in place. While there is a large amount of information available, the lack of a common minimum data set, data definitions, querying tools, patient confidentiality agreements etc are significant limitations. The fact that there is no single agency responsible for storing and managing this information creates further obstacles because there is no mandate or expertise developed to manage this complexity. As a result it is difficult to know what is going on in the health care system, to monitor quality improvement programming or to identify areas of excellence or those requiring improvement.

### **Timely Information: Where do we want to go?**

There is the obvious need for effective and efficient communication processes for all stakeholders and for record keeping processes that build cumulative health records. Reliable and valid information on health care delivery processes is necessary for appropriate planning and ongoing quality improvement

The importance of credible and timely information is paramount to effective care for the individual, and is especially critical to enabling providers to collaborate. Effective communication at both the organizational and interpersonal levels is the hallmark of productive interdisciplinary collaboration in health care.<sup>53</sup>

PHCAC identified several sources and kinds of data that would provide critical information to support ongoing, primary health care renewal and reorganization. Reliable and complete data with which to inform decision-making is central to achieving effective and appropriate services. Data on the utilization of the system will help:

1. track how people use the system,
2. identify where barriers exist and why,
3. uncover gaps in services and shed light on how resources are utilized.

52. R. Alvarez. (March 11, 2009). E-health in Canada, Transforming health care and fostering innovation, Presentation to NB Department of Health, Fredericton NB.

53. EICP Initiative. 2005. The Principles and Framework for Interdisciplinary Collaboration in Primary Health Care.

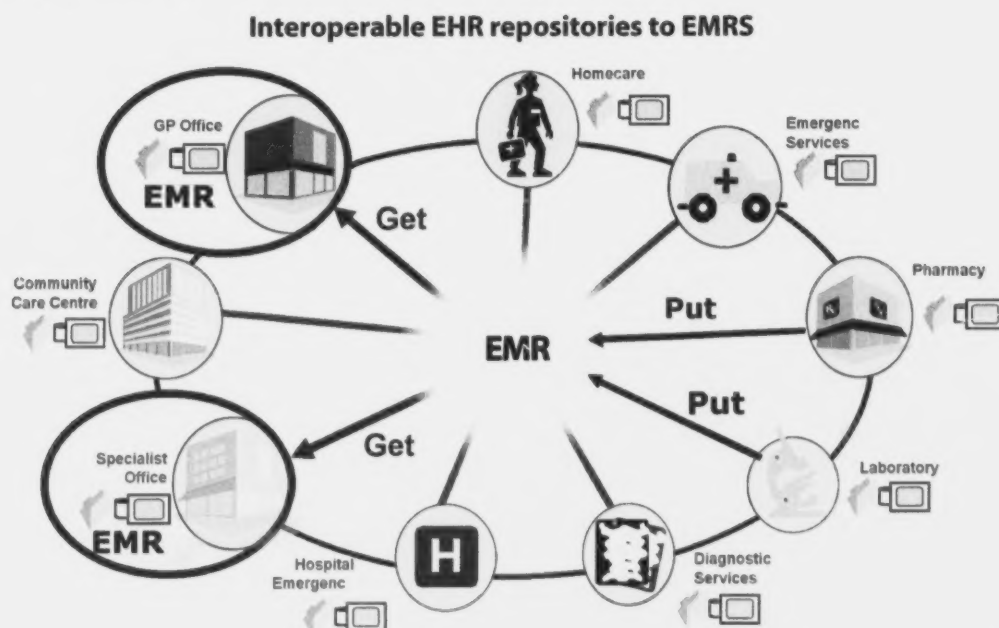
The following types of information are recommended:

- The need for a dashboard of indicators to acquire an understanding of the types and frequencies of delivery of primary health care services by individual health service providers in order to inform ongoing quality improvement
- Cost comparisons to determine the impact of utilization of the various entry points, particularly as those access points impact on the use of emergency departments. For example, have emergency department visits decreased as the result of access to after-hours clinics? To Tele-care? To CHCs?;
- Information on prescribing practices for drugs, e.g., antibiotics, in the various access venues;
- Information that would provide clarity on where duplication occurs (because of various access points) within the system;
- Data to show where gaps and barriers exist that prevent access to a broader range of service providers whose services also impact health, e.g., home care workers, mental health workers, social service providers, etc.

Data should be fully embedded in electronic information technology. Technological communication supports such as e-mail, the Internet and more recently, electronic health records (EHRs) and electronic medical record (EMRs) networks will contribute to better and more effective care. The following diagram, provides a pictorial overview of the how the EHR will both capture and distribute information.

Information will be more timely, decisions can be better supported by evidence posted in the electronic domain and readily accessible, and information can be more easily shared between and among care providers. The use of virtual communications should be positioned within the present technological structure so that duplication is avoided, and the networks must be reliable, flexible, easily accessible and tested to support a high quality of service. The following Figure, from Canada Health Info way, summarizes the benefits and value of electronic health information technologies and the projected cost and benefit to Canada nationally.

## Graph: Sharing of data and documents



Richard Alvarez, Canada Health Infoway (March 11, 2009) Presentation to NB DH

**Fig 18: Benefits and value of electronic health information technologies**

Access	Quality	Productivity
<ul style="list-style-type: none"> <li>Reduced wait-times for diagnostic imaging services</li> <li>Improved availability of community based health services</li> <li>Reduced patient travel time and cost to access services</li> <li>Increased patient participation in home care</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Improved interpretation of diagnostic and laboratory results</li> <li>Decreased adverse drug events</li> <li>Decreased prescription errors</li> <li>Increased speed and accuracy in detecting infectious disease outbreaks</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Increased access to integrated patient information</li> <li>Reduced duplicate tests and prescriptions</li> <li>Reduced family physician prescription call-backs</li> <li>Reduced patient and provider travel costs</li> </ul>
<p><b>Capital cost: \$10 billion to \$12 billion</b>  <b>Benefits: \$6 billion to \$7 billion ANNUALLY</b></p>		

The province is currently developing the "One Patient – One Record" (OPOR) system. This patient centric repository will provide a virtual health record across New Brunswick, enabling a single point of access by authorized healthcare providers anytime, anywhere. Standards will ensure that health information is consistent and comparable across the province and enable the connection of many fragmented and scattered health record systems.

We need to finish what is started. This will involve addressing privacy and security, standard development, change management, appropriate resourcing, and managing expectation. A robust change management strategy will be needed to support clinician adoption and the patient engagement and privacy issues; to address region and jurisdictional concerns; to lobby for interoperability of EMRs, and to provide ongoing evidence of demonstrated benefits by capitalizing on the functionality of these systems.

We need to move forward with implementing electronic medical records in family physician offices and family physician order entry systems in hospitals. We need to build consumer health solutions such as patient portals to support self care and we need to integrate chronic disease management solutions. We need to leverage what we have and implement staged approaches.

There is currently a great deal of work going on to improve the management of diabetes locally, nationally and internationally. It is reasonable to start with diabetes in building a chronic disease prevention and management strategy building on what has been developed successfully. For example the work completed in the Nova Scotia Diabetes Care Program with common data standards, the use of the data repository and ongoing benchmarking and surveillance, can be adopted in New Brunswick. This will enable processes that promote optimal control of diabetes thereby reducing the burden of disease on the individual and health care system.

There must be dedicated funding, incentives or facilitated access to an electronic medical record system. Electronic medical records are essential and integral to the development of a primary health care system that is able to effectively and efficiently provide care. In order to meet the ambitious goal of 50 per cent of family physicians adopting EMRs, we will need to both financially and operationally support family physicians through the change process.

***The Committee has identified the desired attributes of 'timely information' in New Brunswick at the end of the next five years. These attributes are:***

- Care providers and health system planners are supported by robust information systems and adequate staffing resources,
- 50 per cent of family physicians use an electronic medical record, that is interfaced with OPOR
- Tele-health (e-health) supports the delivery of community-based care, with technologies and systems designed and deployed to meet the needs of users.
- One patient/ One record, is fully operational
- Health professionals realize the benefits of the virtual network (especially those working in rural areas) and use it so that information on services and results of services to individual patients/patients are electronically connected and well coordinated.
- A virtual network supports a population health approach, i.e. system is connected with wellness, social support services, education, allied health professionals, as well as with the medical providers.
- The virtual network exists, so that allied health professionals do not necessarily have to be co-located.
- An information (portal) system exists that has clear and consistent data definitions which allow for ongoing tracking of information (utilization, pressure points of access, results of referrals, etc.), evaluation and performance review across all parts of the health care system.



## Pillar 4 – Healthy Living: Where are we now?

Promotion of healthy living in New Brunswick is approached through a number of departments, programs and services. The Department of Wellness, Culture and Sport addresses improved population health through the development and co-ordination of the provincial wellness strategy. The original wellness strategy, first introduced in 2006 was intended to help promote collaboration and provide support for improved population wellness within the province. More recently the department has released the provincial wellness strategy entitled *Live Well, Be Well: New Brunswick's Wellness Strategy 2009-2013*. This document sets out an enhanced four-year strategy that builds on the previous work. It responds to needs, addresses gaps and limitations of the original strategy and builds on new opportunities and trends. *Live Well, Be Well* identifies the following overall goals for all New Brunswickers: improved mental fitness and resilience, increased physical activity levels, increased rates of healthy eating, and increased rates of people living tobacco-free. The action plan that accompanies the wellness strategy outlines approaches to wellness in New Brunswick schools, communities, homes and workplaces and identifies numerous partners in each area. The action plan also includes activities related to surveillance, evaluation and research in which indicators associated with the four strategic goals will be monitored to measure progress towards targets.

Healthy living is also promoted and supported through a number of public health programs and initiatives. The Early Childhood Initiatives program offers prenatal services that foster healthy pregnancy, and postnatal services that promote the healthy development of children from birth to age 5 years. The Healthy Learners in School program develops and supports health promotion efforts that involve all areas of health including physical, emotional and social health. This program also aims to prevent injury and disease, support healthy decision-making and behaviors which will last into adulthood and encourages successful learning. The sexual health program engages a comprehensive sexual health approach to help improve, support and maintain the healthy sexuality of New Brunswick youth. Communicable disease control and immunization programs aim to prevent and control communicable diseases within the New Brunswick population.

The Health Protection Branch operating under the Office of the Chief Medical Officer of Health oversees programs including food safety, water quality, community sanitation including on-site sewage disposal, institutional health, communicable disease control and *Smoke-free Places Act* enforcement. Through education, inspection, enforcement, licensing and monitoring, the Health Protection Branch aims to maintain healthy environments, promote healthy living and reduce the incidence of disease in the province.

Additional examples of provincially supported initiatives include *Talk with Me-Parle moi*, (promoting literacy in children); *Healthy Active Living Program* (promoting healthy eating and activity for seniors); and *My Choices My Health* (promoting self management skills for people living with a chronic disease).

The benefits of healthy living include reducing the incidence and prevalence of chronic diseases that currently present a significant challenge to the health care system.<sup>54</sup> In one study, it is estimated that 40 per cent of chronic illness can be prevented. Epidemiological studies indicate that 25 per cent of all medical costs are attributable to a small number of risk factors like smoking, obesity, physical inactivity, and poor nutrition.<sup>55</sup> The WHO 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases* acknowledges that "up to 80 per cent of heart disease, stroke, and Type 2 diabetes and over a third of cancers could be prevented by eliminating shared risk factors, mainly tobacco use, unhealthy diet, physical inactivity and the harmful use of alcohol."<sup>56</sup>

The following Figure shows the incidence of common preventable, risk factors in NB compared to the rest of Canada:

**Figure 19: Preventable risk factors**

<b>Lifestyle/Health Risk %</b>	<b>NB</b>	<b>Canada</b>
Current smokers <sup>57</sup>	21.2	19.2
Obese (BMI > 30) <sup>58 59</sup>	20	14.9
Physically Inactive <sup>60</sup>	52.1	46.9
Alcohol Use <sup>61</sup>	73.8	79.3
Insufficient consumption of fruits and vegetables <sup>62</sup>	33	38.8
High blood pressure <sup>63</sup>	19.8	15.9

54. NB Department of Health. 2006. *A Comprehensive Approach to Chronic Disease Management in New Brunswick*.

55. Goetzel, Ron, (ed.), "The Financial Impact of Health Promotion," *American Journal of Health Promotion* 15 (5), May/June, 2001.

56. 2008-2013 *Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*

57. Canadian Tobacco Use Monitoring Survey (CTUMS) 2007 [http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2007/ann-table2-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-eng.php)

58. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-e.pdf> p.39

59. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-e.pdf> p.39

60. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-e.pdf> p.36

61. Canadian Centre on Substance Abuse (2004) *Canadian Addiction Survey* <http://www.ccsa.ca/2004%20CCSA%20Documents/ccsa-004804-2004.pdf>

62. Personal Communication Marlien McKay DWCS (Statistics Canada, CCHC 3.1 Sub Sample File 2006)

63. Source: Statistics Canada, CCHS Cycle 4.1, 2007

Overall, the New Brunswick Government has acted to bring improvements around these risk factors by promoting an awareness of these conditions, supporting healthy living initiatives in communities with the aim of encouraging citizens to adopt healthier lifestyles and implementing programs that impact early childhood development, healthy aging, education and wellness.

### **Healthy Living: Where do we want to go?**

The provincial government, through the Wellness Strategy, envisions a population that is able to reach and maintain their personal health potential and contribution to their communities. In order to achieve this vision, it is important to invest in a healthy future for New Brunswickers. These investments must be based on sound evidence and best practices for promoting healthy lifestyles and healthy environments.

To achieve a healthier population, the New Brunswick Wellness Strategy addresses the determinants of health through evidenced-based means. More specifically, the wellness of New Brunswickers is affected by interactions between social and economic factors, the physical environment and individual behaviours. The continuous improvement of our population health and wellness necessitates a focused, collaborative approach. Healthy living initiatives are intended to take a multi-dimensional approach which ensures that the root causes of problems or issues are addressed; special needs and vulnerabilities of sub-populations are considered and supported; and partnership, cooperation and community engagement with a wide variety of sectors is valued and leveraged. In addition, ongoing leadership and engagement at local, regional and provincial levels are considered crucial ingredients for achieving wellness. It is important to acknowledge that everyone can be an active participant in and a contributor to wellness within New Brunswick homes, communities, schools, and workplaces.

Since March 2009, the Department of Wellness, Culture and Sport, in collaboration with the Healthy Eating Physical Activity Coalition of New Brunswick, have introduced a comprehensive community development model called regional wellness networks. A wellness networks model is evidence-based and facilitates collaborative action and progress towards the strategy's vision. Wellness networks are formal or informal community or regional initiatives that bring leaders from various backgrounds together to address wellness related issues. Because wellness networks are grounded in partnership with mutual benefit and accountability at the core, they are a very useful model from which to organize community efforts toward enhanced wellness. Currently, nine demonstrational Regional Wellness Networks seek to provide sustainable coordinated systems and infrastructure to: increase community awareness, transfer knowledge between stakeholders and leaders, and improve participation in wellness related initiatives. In order to achieve optimal population

health and wellness, primary prevention should be expanded to address the needs of New Brunswickers where they live, work, learn and play.

Keeping New Brunswickers safe at home, at work, at school and at play is a related population health challenge. Prevention of unintentional injuries is often described as a hidden epidemic that results from events such as motor vehicle collisions and falls. Unintentional injuries cost the province more than \$388 million and 266 lives in 2007<sup>64</sup>. That same year, the health, well-being and quality of life of over 75,000 other New Brunswickers and their families were adversely impacted by injuries that were largely predictable and preventable. Preventing unintentional injuries is everyone's responsibility and we need to engage the population in making injury prevention a priority. The first step is to develop a provincially co-ordinated strategy, based upon community involvement and partnerships, for the prevention of unintentional injuries across all ages.

A complementary strategy that should be pursued is to conduct chronic disease prevention research in order to develop a chronic disease prevention action plan for New Brunswick, based on sound return on investment methodology. This approach will ensure that investments invariably (reduce and) prevent unhealthy lifestyle chronic diseases and conditions, leading to significant health care cost savings.

**EMPcare@home** is the name of a tele-home care project that was implemented in order to determine if the combination of tele-home care, timely staff intervention, and an enhanced patient education program would improve care by empowering the client/caregiver and ensuring that the providers had timely access to critical data. Vital sign data was sent over the telephone line and when retrieved, specialized software quickly alerts clinicians of parameter breaks (through automated colour coding and triaging of data) allowing for quick client prioritization for intervention. This helped to break the cycle of emergency room visits and hospital readmissions.

However the reality is that many New Brunswickers will have to live with chronic conditions. It is important that people learn to be active participants in providing their own care and managing their condition. In 2006, the Canadian Home Care Association recognized EMPcare@home "as an outstanding, remarkable and sustainable program that demonstrably and tangibly improved the quality of life for patients."<sup>65</sup>

Self-care requires not just knowledge and education, but also a supportive environment, motivation, good judgment and a willingness to accept accountability

64. New Brunswick Department of Public Safety, Annual Report Office of Chief Coroner (2007)

<http://www.gnb.ca/0276/Coroner/index-e.asp>

65. <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1744>

for one's health. There are approaches that have been designed to assist and support receptive individuals in the development of their care plans, with the result that individuals can remain living longer in their community without the need to seek emergency care or admission to hospital. In the long run, this focus on self-care can bring about a reduction in wait lists to hospitals and institutions and at the same time, free up financial and human resources to be use elsewhere in the health care system. We must continue to develop resources to be used and build links with other community based organizations and agencies that will assist New Brunswickers to confidently manage their personal health.

***The Committee has identified the desired attributes of healthy living in New Brunswick at the end of the next five years. These attributes are:***

- The public understands the social and biological factors that contribute to good health (determinants) and makes lifestyle decisions accordingly.
- Benchmarks related to health are set and the health of the population is monitored for continuous improvement, and a "balanced scorecard" made public on a designated basis.
- Government promotes healthy living as a feature of the agenda in all government departments with action strategies that include primary prevention, injury prevention and health promotion.
- Government supports healthy communities through assertive regulation and legislation such as compulsory helmet use, tobacco restriction, gambling restrictions , salt restrictions, banning of cell phone use in cars etc.
- Patients set the priorities and are part of the goal setting for their health and well-being.
- Patients are comfortable with the training and education they receive on self-care of chronic conditions so that symptoms do not escalate unnecessarily.
- Healthy living is recognized as the anchor point in developing a sustainable primary health care system and supported through the school system.



## SECTION 4

### RECOMMENDATIONS

Section 3 reviewed the basic components that support primary health care and identified characteristics of an energized and sustainable primary health care system. This information was carefully considered to develop a roadmap of how to get there. Our directions are fairly simple, but we believe these provide adequate direction for New Brunswick, while allowing the flexibility to make course adjustments. We have one overarching recommendation, which is supported by 12 actions.

**All New Brunswickers will have access to a family practice team, that is able to provide them with, personalized , comprehensive and co-ordinated primary health care services.**

1. All New Brunswickers have access to a family physician.
2. Establish family practice teams with a minimum core staff of a family physician, nurse and/or nurse practitioner with appropriate administrative support that will provide a 'medical home' for their registered patient population
3. Develop methodologies and infrastructure to provide the family practice team with basic information concerning the practice health care needs (a practice panel) as well as the community's population health baseline and benchmarks.
4. Establish a staffing model that will enable the family practice team to expand with required allied health care providers to optimize service delivery to the registered patient population within the 'medical home'.
5. Explore and examine alternative pay and remuneration models that will attract and retain skilled professionals in the family practice teams.
6. Create funding models that will support adoption of electronic medical records to meet the information needs of the family practice team.

7. Establish a provincial, interprofessional continuing education program that will enable family practice teams to develop the appropriate cognitive, behavioural and attitudinal skill sets needed to optimally manage within team based practices.
8. Ensure that these sites provide opportunity for interprofessional clinical practicum opportunities.
9. Continue and expand funding models that support adoption of telehealth technologies to enable patients to receive as much care as possible within their 'medical home'.
10. Develop processes to ensure that the community leaders and family practice teams regularly meet to identify and collaborate on issues that impact the population's health.
11. Establish a provincial blueprint and action plan that will provide direction on the roll-out of these teams across the province including processes regarding governance and lines of reporting and accountability across the medical home, regional health authority and Department of Health
12. Invest in and promote primary prevention of disease and injury, healthy lifestyles and healthy environments in homes, communities, schools and workplaces.

## SECTION 5

# ADVICE TO THE DEPARTMENT OF HEALTH

The committee's mandate was "to develop and implement new ways of improving access and delivering primary or 'first contact' health care to NBers". Specifically the committee was asked

- *make recommendations on how different components of the primary health care system should be linked;*
- *to identify strategies to support expansion of the Primary Health Care Network;*
- *to review and address inefficiencies in the primary health care system and recommend corrective action.*

This report has outlined key factors considered in preparing these recommendations.

The review was organized under the four pillars that support the conceptual model of primary health care; access, teams, timely information and healthy living. These pillars created a blueprint of the transformations needed in primary health care with detailed progress markers to benchmark achievement.

Sustainable health care demands that we work as a team, on all levels from the patient care to governance. It is incumbent on all health care providers to urge and support individuals and communities to adopt healthy lifestyles and build healthy communities. People suffering with chronic illnesses can be helped to self-manage their condition. They can be assisted in setting personal and achievable health goals, and with proper training and supports from professionals, they will be better able to live more fully and longer in their communities without needing the hospital system. We need to establish primary health care teams that will provide patients with the right support by the right person at the right time and right price. We need to use technology to explore new service delivery models so that patients have access to information and services when they need it. Primary health care services can be improved by access to patient's health information to support care planning. Overall health care services require robust surveillance and monitoring to enable continuous quality improvement to ensure that we are optimizing resources to best meet health and wellness needs.

This will require investment in primary health care renewal. While transforming primary health care has the potential to lower costs and increase sustainability, it is also possible that instead of replacing services, there is a possibility of duplication services. Strong business cases must be developed, acted on, and monitored to ensure that services are not duplicated and make good business sense.

Clearly, leadership at a high level is needed to plan, implement, monitor and evaluation the progress of PHC delivery across the Province. This committee is interested and willing to continue to work with government on the next steps of this ambitious plan.

## Appendix 1 - Primary Health Care Advisory Committee

### Terms of Reference

#### **Mandate:**

To develop and implement new ways of improving access and delivering primary or "first contact" health care to New Brunswickers.

#### **Focus:**

To review and make recommendations on more accessible and effective primary health care service delivery models for use around the province.

#### **Deliverables:**

- 1) Provide advice to the Department of Health on any item regarding Primary Health Care referred to the Committee.
- 2) Review the Primary Health Care Network for New Brunswick and provide advice and recommendations on how different components of primary health care should be linked.
- 3) Identify strategies to support expansion of the Primary Health Care Network.
- 4) Review and address inefficiencies in the Primary Health Care system and recommend corrective action.

#### **Term:**

The committee will have a four-year term with a review of function at end of term.



**Membership:**

- FCS Representative (1)
- Wellness, Culture and Sport Representative (1)
- New Brunswick College of Family Physicians (1)
- New Brunswick Medical Society (2)
- Nurses Association of New Brunswick (1)
- Allied health professionals (2) From within the RHAs
- RHA (2) with primary health care responsibilities From within the RHAs
- Department of Health (5): ADM, Medicare, Public Health, Addictions and Mental Health, Aboriginal Liaison
- Independent Primary Care Practitioners GPs (2), NP (1) (DoH Appoints)
- Individuals may be invited on an ad hoc basis to present to the committee on specific issues

**Co-Chairs:**

Dr. Aurel Schofield, Coordinator for Medical Education (Francophone)

Ken Ross, Assistant Deputy Minister, Addictions, Mental Health and (Primary Health Care), DoH

**Committee Support:**

The Department of Health will provide support to facilitate and enable the work of the committee.

**Reporting:**

The committee will report through its chair to the Deputy Minister, Department of Health.

November 28, 2007

## Appendix 2

### Primary Health Care Advisory Committee Membership List

The list below is of current members of the PHCAC as of November 1st, 2010.

<b>Dr. Aurel Schofield (Co-Chair)</b>	Assistant Vice-Dean Faculty of Medical Sciences, Coordinator of francophone health training in New Brunswick
<b>Ken Ross (Co-Chair)</b>	Assistant Deputy Minister Addictions, Mental Health, Primary Health Care, Department of Health
<b>Bronwyn Davies</b>	Director Primary Health Care, Department of Health
<b>Geri Geldart</b>	Vice President Community Health Centres and Primary Health Care Services, Horizon Health Network
<b>Suzanne Robichaud</b>	Vice President Primary Health Care, Vitalité NB
<b>Dr. Robert Boulay</b>	Family Physician Department of Family Medicine, NB College of Family Physicians
<b>Dr. Brian Craig</b>	Chief of Family Medicine RHA B, Zone 2, NB Medical Society
<b>Dr. Eilish Cleary</b>	Chief Medical Officer Department of Health

<b>Dr. Carol Deveau</b>	Family Physician Horizon Health Network
<b>Michelle Bourgoin</b>	Director Wellness, Department of Wellness, Culture and Sport
<b>Doreen Legere</b>	Manager Therapeutic Services, Horizon Health Network
<b>Bill MacKenzie</b>	Director Policy, Legislation & Intergovernmental Relations, Department of Social Development
<b>Michel Leger</b>	Director Salaried Physician Services, Department of Health
<b>Thérèse Thompson</b>	Nurse Practitioner, Vitalité NB
<b>Jean Bustard</b>	Director, Extra Mural Program, Department of Health
<b>Sauna Figler</b>	Nursing Practice Consultant New Brunswick Nurses Association
<b>Dr. Mike Perley</b>	CCFP, FCFP, Family Medicine New Brunswick Medical Society
<b>Dr. Dawn Marie Martin</b>	Family Physician New Brunswick Medical Society





***Notre santé***

***Notre avenir***

# **Amélioration de l'accès aux soins de santé primaires et de la prestation de ces services au Nouveau-Brunswick**

Document de discussion / Mars 2011

préparé par le

Comité consultatif sur les soins de santé primaires (CCSSP)





CNB 7537

ISBN 978-1-55471-489-6

## Table des matières

Table des figures

Annexes

Sigles et acronymes

Résumé . . . . .	1
Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale	5
<b>SECTION 1 . . . . .</b>	<b>7</b>
Contexte . . . . .	7
Le système de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick fait face à . . . . .	7
<b>SECTION 2 . . . . .</b>	<b>17</b>
En quoi consistent les soins de santé primaires? . . . . .	17
Qui offre les soins de santé primaires? . . . . .	17
Comment fonctionnent les soins de santé primaires? . . . . .	18
Où en est la réforme des soins de santé primaires? . . . . .	19
Un plan conceptuel pour la réforme des soins de santé primaires . . . . .	22
<b>SECTION 3 . . . . .</b>	<b>24</b>
<b>Pilier 1 — Accès : la situation actuelle . . . . .</b>	<b>24</b>
Les statistiques - médecins de famille, cliniques ouvertes après les heures normales et salles d'urgence . . . . .	25
Profil des centres de santé communautaires, des centres de santé et de Télé-Soins	39
Télé-Soins . . . . .	40
Les infirmières praticiennes et les soins de santé de primaires. . . . .	41
Résumé de la situation actuelle . . . . .	42
Accès : situation visée . . . . .	44
<b>Pilier 2 — Équipes de soins : la situation actuelle . . . . .</b>	<b>48</b>
Travail en équipe : situation visée . . . . .	50
Les gestionnaires de cas améliorent les résultats! . . . . .	51
<b>Pilier 3 — Renseignements opportuns : la situation actuelle . . . . .</b>	<b>55</b>
Renseignements opportuns : situation visée . . . . .	58
<b>Pilier 4 — Mode de vie sain : la situation actuelle . . . . .</b>	<b>63</b>
Mode de vie sain : situation visée . . . . .	65
<b>SECTION 4 Recommandations . . . . .</b>	<b>69</b>
<b>SECTION 5 Avis au ministère de la Santé . . . . .</b>	<b>71</b>

## Table des figures

Figure 1	
Budget de santé du Nouveau-Brunswick en pourcentage du budget total. . . . .	8
Figure 2	
Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois . . . . .	10
Figure 3	
Les cinq maladies chroniques les plus prévalentes au cours des trois derniers mois (% de la population de 18 ans et plus) . . . . .	11
Figure 4	
Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus observée (2005) et projetée (2031)	12
Figure 5	
Modèle élargi de soins aux malades chroniques . . . . .	13
Figure 6	
Survot des services communautaires offerts par les RRS et des effectifs des fournisseurs de soins de santé. . . . .	21
Figure 7	
Nombre d'omnipraticiens par zone et lieu d'exercice . . . . .	26
Figure 8	
Profil des omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction de la population desservie	27
Figure 9	
Profil d'utilisation des services des médecins de famille par zone et population desservie . . . . .	29
Figure 10	
Tableau comparatif des patients ayant obtenu des soins dans un cabinet de médecin ou une clinique ouverte après les heures normales . . . . .	30
Figure 11	
Accès aux soins de santé primaires dans des cabinets par groupes d'âge . . . . .	32
Figure 12	
Accès aux soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales par groupes d'âge. . . . .	34
Figure 13	
Estimation de la population de patients orphelins . . . . .	37

Figure 14	
Taux de visites dans les salles d'urgence par zone . . . . .	38
Figure 15	
Profil de la clientèle et des visites de CSC. . . . .	40
Figure 16	
Appels reçus à Télé-Soins par type de service résultant . . . . .	41
Figure 17	
Milieux d'exercice des infirmières praticiennes en 2007-2008 . . . . .	42
Graphique	
Partage de données et le documents . . . . .	59
Figure 18	
Valeur et avantages des technologies d'information sur la santé . . . . .	60
Figure 19	
Facteurs de risque évitables . . . . .	65

## Annexes

Annexe 1 : Attributions du Comité consultatif sur les soins de santé primaires . . .	73
Annexe 2 : Liste des membres du Comité consultatif sur les soins de santé primaires	75

## Sigles et acronymes

CCSSP	Comité consultatif sur les soins de santé primaires
CED	Centre d'enseignement du diabète
Clinique AHN	Clinique ouverte après les heures normales
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CSC	Centre de santé communautaire
CSMC	Centre de santé mentale communautaire
DME	Dossier médical électronique
DSE	Dossier de santé électronique
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
FASSP	Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires

Guichet médical (medical home) — établissement de santé centré sur les patients qui présente les caractéristiques suivantes : 1) les patients ont un médecin de famille personnel qui dispense et dirige leurs soins médicaux; 2) les soins s'adressent à l'entité globale du patient; 3) les soins sont coordonnés, continus et complets, les patients ayant accès à une équipe interprofessionnelle; 4) l'accès aux rendez-vous est accru; 5) la pratique comprend une technologie de l'information bien soutenue, dont des dossiers médicaux électroniques; 6) la rémunération soutient le modèle de soins; 7) l'amélioration de la qualité et la sécurité des patients sont les principaux objectifs; 8) le guichet est l'axe central de la prestation et de la coordination des services médicaux dont a besoin chacun de ses patients.<sup>1</sup>

ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IP	Infirmière praticienne
MF	Médecin de famille (omnipraticien)
MS	Ministère de la Santé
MSMC	Modèle de soins aux malades chroniques
ONG	Organisme non gouvernemental
PEM	Programme extramural
RRS	Régie régionale de la santé
SIG	Système d'information de gestion
SIH	Système d'information hospitalière
SPSC	Système de prestation de services aux clients
SSP	Soins de santé primaires
UPUD	Un patient, un dossier

1. Collège des médecins de famille du Canada (octobre 2009), Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home (document de travail), [http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF\\_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%2029\).pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%2029).pdf)



## Résumé

Au cours des dix dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada ont consacré beaucoup de ressources à l'étude des moyens de renouveler et de réorienter la prestation des services de santé afin d'assurer la durabilité et l'efficacité du système. Malgré les investissements nationaux en la matière, nous devons relever d'importants défis liés à la dégradation de l'état de santé de notre population, à l'escalade des budgets et à la question de l'accès aux soins en temps opportun.

Le recours aux soins de santé primaires (SSP) en tant que composante principale pour la gestion de l'escalade des coûts des soins de santé a été mentionné pour la première fois en 1974 dans le **rapport Lalonde**<sup>2</sup>, intitulé *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*. Près de trente ans plus tard, le rapport Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada faisait des recommandations similaires. Le gouvernement provincial reconnaît que des mesures décisives doivent être prises puisque notre système de santé devra relever des défis de taille au cours des prochaines décennies. Nous devons avoir un système de santé novateur et efficace afin de pouvoir offrir des services de santé clinique durables.

Les maladies chroniques sont désormais l'inducteur de coûts le plus important dans le système de santé. Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 3.1), 72 pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus affirment avoir une condition chronique. De ce pourcentage, 38 pour cent affirment vivre avec l'une des maladies décrites par le Conseil du premier ministre en matière de qualité de la santé.<sup>3</sup> Le tiers des Canadiens ont déclaré souffrir d'au moins une des sept grandes maladies chroniques physiques ou mentales.<sup>4</sup> Or, ces Canadiens sont responsables de 51 pour cent des consultations avec les omnipraticiens, de 55 pour cent des consultations avec des spécialistes, de 67 pour cent des consultations avec une infirmière et de 72 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>5</sup>

Au Nouveau-Brunswick, le ministre de la Santé a créé un groupe de travail appelé le Comité consultatif sur les soins de santé primaires (CCSSP), formé d'intervenants clés et chargé de mettre au point et en œuvre de nouvelles façons d'accéder aux soins « de première ligne » et d'assurer la prestation de services de santé primaires.

2. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-fra.php>

3. Communication interne de M. John Boyne, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

4. Ibid., p. 17.

5. Conseil canadien de la santé (2007), Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada, un supplément au document Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques, Toronto, p. 16, [www.Healthcouncilcanada.ca](http://www.Healthcouncilcanada.ca).

**Les soins de santé primaires sont :** habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille (MF). Les soins de santé primaires comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes (IP), les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.<sup>6</sup>

Fondés sur la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, les quatre « piliers », les éléments fondateurs d'une compréhension conceptuelle de ces soins, sont : l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et le mode de vie sain.<sup>7</sup> Le CCSSP a examiné et analysé des questions liées à chacun de ces piliers, et tentant de cerner les lacunes et les possibilités d'améliorations susceptibles de renforcer le réseau de soins de santé primaires.

L'accès est une préoccupation majeure pour les Néo-Brunswickois. Quand il est adéquat et abordable, il devient la pierre angulaire d'un système de service de soins de santé primaires efficace et durable. Les médecins de famille sont depuis longtemps responsables de la prestation des soins primaires. On a employé des chiffres de 2007 des services de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour établir le profil de l'accès aux soins de santé primaires. Cette démarche a démontré que l'analyse secondaire d'une base de données administratives pourrait générer de l'information de suivi susceptible d'être fort utile pour comprendre les modes d'utilisation du système de santé. En général, ce sont les jeunes familles qui ont plus de difficulté à obtenir ce type de soins. Les cliniques ouvertes après les heures normales (AHN) semblent cependant combler un besoin important auprès de ces familles en leur donnant accès les soirs et les fins de semaine. De leur côté, la plupart des aînés disposent d'un médecin de famille qui, pour gérer leurs maladies chroniques concomitantes, exige des visites plus fréquentes. La province a par ailleurs été l'une des premières à adopter de nouvelles technologies et s'est dotée d'un système de Télé-Soins intégré qui semble être une ressource importante pour

6. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

7. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

les mères de jeunes enfants. La combinaison de médecin de famille et de principal lieu d'exercice apparaît comme un facteur influent au chapitre de l'accès.

En matière de soins de santé primaires, on met davantage l'accent sur les ressources communautaires que sur les hôpitaux; c'est le médecin de famille qui assure le continuum des soins primaires, de même que les liaisons entre la collectivité et l'hôpital. Toutefois, les patients gagneraient à avoir un meilleur accès aux services de dépistage, de promotion de la santé et de soutien à l'autogestion.

Il existe de nombreux exemples d'équipes de soins officielles ou officieuses au Nouveau-Brunswick. Dans quelques collectivités, les médecins de famille ont notamment tissé des liens informels de soutien avec d'autres fournisseurs de services au sein du réseau hospitalier ou du secteur privé. S'il demeure utile, ce soutien s'exprime principalement sous forme d'aiguillages qui traduisent une approche plus parallèle qu'intégrée. En 2007, la province disposait en outre d'un réseau exhaustif de points d'accès à l'échelle locale dotés d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Elle comptait en effet huit centres de santé communautaires (CSC), 14 centres de santé mentale communautaires (CSMC) et leurs cliniques satellites, 20 centres de santé, 26 bureaux extramuraux, 10 bureaux de santé publique, un centre d'exercice de la profession en collaboration, de même que 15 centres de santé pour les Premières nations financés par le gouvernement fédéral. La vaste majorité des médecins de famille ne travaillaient cependant pas au sein d'une équipe officiellement établie.

Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux d'équipes de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. Les omnipraticiens du secteur privé ont en effet affirmé qu'une collaboration avec un groupe de professionnels de la santé complémentaires serait avantageuse tant pour les patients que pour le système de santé dans son ensemble.

Actuellement, les fournisseurs des soins de santé primaires fondent la prestation de leurs services sur une variété de sources d'information. Si diverses portes permettent aux patients d'accéder au système de santé, la communication ou l'échange de données entre points de services se révèle être un problème courant. Il n'existe en outre aucun organisme central responsable de ces systèmes d'information. Les problèmes liés à l'obtention d'information sur les patients dans des registres électroniques sans interface et ne partageant ni un ensemble commun ni une définition normalisée des données apparaissent évidents. Le fait que les dossiers de patient puissent exister à plusieurs endroits n'ayant aucun lien les uns avec les autres et n'offrant pas de portail commun illustre bien les défis qu'il faut relever pour

**Les soins de santé primaires sont :** habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille (MF). Les soins de santé primaires comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes (IP), les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.<sup>6</sup>

Fondés sur la stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, les quatre « piliers », les éléments fondateurs d'une compréhension conceptuelle de ces soins, sont : l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et le mode de vie sain.<sup>7</sup> Le CCSSP a examiné et analysé des questions liées à chacun de ces piliers, et tentant de cerner les lacunes et les possibilités d'améliorations susceptibles de renforcer le réseau de soins de santé primaires.

L'accès est une préoccupation majeure pour les Néo-Brunswickois. Quand il est adéquat et abordable, il devient la pierre angulaire d'un système de service de soins de santé primaires efficace et durable. Les médecins de famille sont depuis longtemps responsables de la prestation des soins primaires. On a employé des chiffres de 2007 des services de l'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick pour établir le profil de l'accès aux soins de santé primaires. Cette démarche a démontré que l'analyse secondaire d'une base de données administratives pourrait générer de l'information de suivi susceptible d'être fort utile pour comprendre les modes d'utilisation du système de santé. En général, ce sont les jeunes familles qui ont plus de difficulté à obtenir ce type de soins. Les cliniques ouvertes après les heures normales (AHN) semblent cependant combler un besoin important auprès de ces familles en leur donnant accès les soirs et les fins de semaine. De leur côté, la plupart des aînés disposent d'un médecin de famille qui, pour gérer leurs maladies chroniques concomitantes, exige des visites plus fréquentes. La province a par ailleurs été l'une des premières à adopter de nouvelles technologies et s'est dotée d'un système de Télé-Soins intégré qui semble être une ressource importante pour

6. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

7. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

les mères de jeunes enfants. La combinaison de médecin de famille et de principal lieu d'exercice apparaît comme un facteur influent au chapitre de l'accès.

En matière de soins de santé primaires, on met davantage l'accent sur les ressources communautaires que sur les hôpitaux; c'est le médecin de famille qui assure le continuum des soins primaires, de même que les liaisons entre la collectivité et l'hôpital. Toutefois, les patients gagneraient à avoir un meilleur accès aux services de dépistage, de promotion de la santé et de soutien à l'autogestion.

Il existe de nombreux exemples d'équipes de soins officielles ou officieuses au Nouveau-Brunswick. Dans quelques collectivités, les médecins de famille ont notamment tissé des liens informels de soutien avec d'autres fournisseurs de services au sein du réseau hospitalier ou du secteur privé. S'il demeure utile, ce soutien s'exprime principalement sous forme d'aiguillages qui traduisent une approche plus parallèle qu'intégrée. En 2007, la province disposait en outre d'un réseau exhaustif de points d'accès à l'échelle locale dotés d'équipes multidisciplinaires de soins de santé primaires. Elle comptait en effet huit centres de santé communautaires (CSC), 14 centres de santé mentale communautaires (CSMC) et leurs cliniques satellites, 20 centres de santé, 26 bureaux extramuraux, 10 bureaux de santé publique, un centre d'exercice de la profession en collaboration, de même que 15 centres de santé pour les Premières nations financés par le gouvernement fédéral. La vaste majorité des médecins de famille ne travaillaient cependant pas au sein d'une équipe officiellement établie.

Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux d'équipes de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. Les omnipraticiens du secteur privé ont en effet affirmé qu'une collaboration avec un groupe de professionnels de la santé complémentaires serait avantageuse tant pour les patients que pour le système de santé dans son ensemble.

Actuellement, les fournisseurs des soins de santé primaires fondent la prestation de leurs services sur une variété de sources d'information. Si diverses portes permettent aux patients d'accéder au système de santé, la communication ou l'échange de données entre points de services se révèle être un problème courant. Il n'existe en outre aucun organisme central responsable de ces systèmes d'information. Les problèmes liés à l'obtention d'information sur les patients dans des registres électroniques sans interface et ne partageant ni un ensemble commun ni une définition normalisée des données apparaissent évidents. Le fait que les dossiers de patient puissent exister à plusieurs endroits n'ayant aucun lien les uns avec les autres et n'offrant pas de portail commun illustre bien les défis qu'il faut relever pour



gérer les soins dans un environnement électronique. Ces problèmes sont par ailleurs exacerbés par la coexistence de dossiers papier.

Il paraît évident qu'il faudra mettre au point des processus efficaces et efficaces pour la communication de renseignements entre tous les intervenants et établir des processus de tenue de documents aptes à créer des dossiers de santé cumulatifs. Aux fins de planification et d'amélioration continue, on devra aussi pouvoir compter sur des renseignements valides et fiables à l'égard des mécanismes de prestation. Il importe en effet de pouvoir accéder à des données crédibles en temps opportun pour offrir des soins efficaces et permettre aux fournisseurs de collaborer entre eux.

En 2006, la Province a lancé une première stratégie dans le but d'établir de meilleurs liens et de promouvoir le mieux-être de la population. Le programme quadriennal amélioré *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2009-2013* se fonde sur cette première démarche. On entend ainsi accélérer les progrès réalisés au chapitre de la santé dans les écoles, les collectivités, les foyers et les milieux de travail. Cette nouvelle stratégie fixe les objectifs généraux pour tous les Néo-Brunswickois : améliorer la santé psychologique et la résilience, accroître les niveaux d'activité physique, augmenter le pourcentage de la population qui s'alimente bien et accroître le taux de population qui vit sans tabac. Le gouvernement provincial a sensibilisé les gens aux causes de ces diverses lacunes en appuyant les initiatives sur les modes de vie sains dans les collectivités et en mettant en œuvre des programmes ayant des répercussions favorables sur le développement des jeunes enfants, le vieillissement en santé, l'éducation et le mieux-être.

Le mieux-être des Néo-Brunswickois est influencé par les interactions entre des facteurs socio-économiques, le milieu physique et les comportements individuels. L'amélioration continue de la santé de la population nécessite qu'on collabore à une approche ciblée. Les initiatives en ce sens se veulent pluridimensionnelles, en s'attaquant aux causes profondes des divers problèmes, en tenant compte des vulnérabilités de sous-populations données, ainsi qu'en misant sur la coopération, l'engagement et les partenariats communautaires dans un vaste éventail de secteurs. On considère en outre que le leadership et la participation aux échelles locale, régionale et provinciale sont des ingrédients essentiels au mieux-être collectif. Tous peuvent jouer un rôle actif en contribuant à l'amélioration de la santé dans les foyers, les collectivités, les écoles et les milieux de travail de la province.

Le CCSSP a examiné avec soin les composantes de base susceptibles de soutenir et de revitaliser le système de soins de santé primaires. Les recommandations subséquentes sont relativement simples, tout en orientant la province dans la bonne direction et en la dotant de toute la souplesse voulue pour effectuer des ajustements en cours de route. La stratégie globale en ce sens est soutenue par 12 actions.

**Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale, qui pourra leur fournir des soins de santé primaires personnalisés, exhaustifs et coordonnés.**

1. Faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille.
2. Mettre sur pied des équipes de médecine familiale dotées au minimum d'un médecin de famille, d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne et d'un personnel de soutien administratif appelés à constituer un « guichet médical » pour leur population de patients inscrits.
3. Mettre au point des méthodologies et des infrastructures pour fournir aux équipes de médecine familiale des renseignements de base sur les besoins en matière de soins (groupe témoin en matière d'exercice), de même que sur les données de référence et les jalons relatifs à la santé de la collectivité dans son ensemble.
4. Créer un modèle de dotation susceptible de permettre l'expansion des équipes de médecine familiale par l'ajout de professionnels de la santé complémentaires de manière à optimiser la prestation des services à la population de patients desservis par le « guichet médical ».
5. Explorer d'autres modèles de paye et de rémunération de façon à attirer et à conserver des professionnels compétents au sein des équipes de médecine familiale.
6. Créer des modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de dossiers médicaux électroniques (DME) qui répondront aux besoins en matière d'information des équipes de médecine familiale.
7. Mettre sur pied un programme de formation continue interprofessionnelle à l'échelle provinciale qui permettra aux équipes de médecine familiale de développer les compétences cognitives, comportementales et attitudinales requises pour fonctionner de façon optimale au sein de contextes de collaboration.
8. Faire en sorte que les lieux d'exercice des équipes de médecine familiale procurent des occasions de stages cliniques interprofessionnels.

9. Perpétuer et étendre les modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de technologies de « télésanté » qui permettraient aux patients de recevoir le plus large éventail de soins possible depuis leur « guichet médical ».
10. Mettre au point des mécanismes visant à faire en sorte que les « dirigeants communautaires » et les « équipes de médecine familiale » se rencontrent régulièrement et collaborent sur des questions qui touchent la santé de la population.
11. Élaborer des plans directeurs et d'action qui orienteront le déploiement des équipes de médecine familiale partout dans la province, en décrivant notamment les processus de gouvernance, de responsabilisation et de reddition de comptes liant les « guichets médicaux », les régies régionales de la santé (RRS) et le ministère de la Santé (MS).
12. Promouvoir sur les plans financiers et autres la prévention en première ligne des maladies et des blessures, les modes de vie sains et la qualité des milieux résidentiels, communautaires, scolaires et professionnels.

Le CCSSP estime que le grand objectif appuyé par ces 12 actions stratégiques servira de fondement stable et durable pour la transformation positive des méthodes de prestation des services de soins de santé primaires.

# SECTION 1

## INTRODUCTION

### Contexte

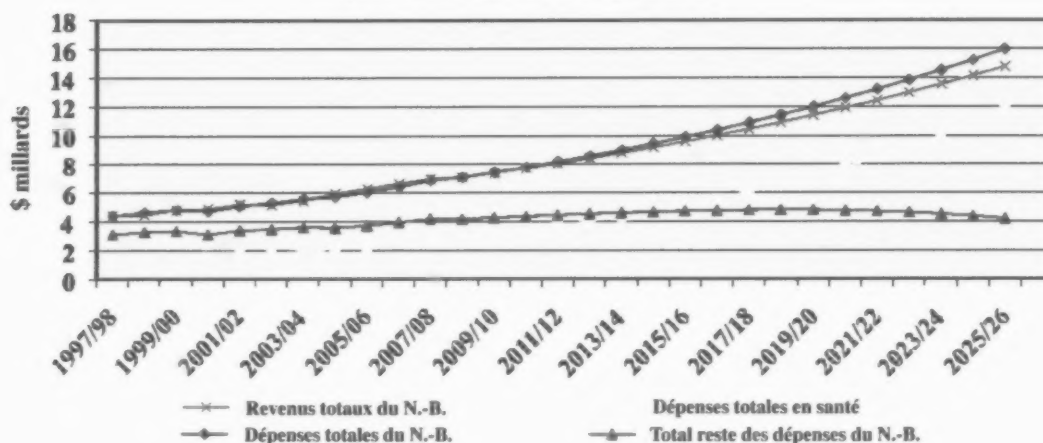
Au cours des dix dernières années, les gouvernements fédéral et provinciaux du Canada ont consacré beaucoup de ressources à l'étude des moyens de renouveler et de réorienter la prestation des services de soins de santé primaires afin d'assurer la durabilité et l'efficacité du système de santé canadien. L'une des pierres angulaires de ce dernier est l'accès aux services médicaux et hospitaliers. Notre système d'Assurance-maladie est en effet reconnu à l'échelle mondiale. Malgré les investissements en la matière, nous devons relever d'importants défis liés à la dégradation de l'état de santé de notre population, à l'escalade des coûts et à la question de l'accès aux soins en temps opportun. Le dialogue national que nous avons entamé a porté sur la situation actuelle, sur la situation visée et sur les moyens qu'il faudra prendre pour y arriver. Ce dialogue a engagé la participation de tous les intervenants. On a senti une volonté d'aller au-delà de la rhétorique en élaborant des plans d'action concrets et en fixant des objectifs mesurables. L'accent qu'on a mis à ce jour sur la médecine « réparatrice » a engendré d'incroyables progrès en matière de diagnostics et de traitements, mais a aussi consommé la majorité des ressources affectées au secteur des soins. Le Nouveau-Brunswick a intégré des infirmières praticiennes et 79 nouveaux médecins de famille dans son système de santé. On a aussi créé des écoles de médecine française et anglaise, des places supplémentaires de premier cycle en soins infirmiers, ainsi que des programmes de formation d'infirmières praticiennes et d'infirmières auxiliaires autorisées. Or, malgré ces investissements significatifs, les patients continuent d'exprimer leur difficulté à accéder aux soins de santé primaires; l'état de santé de la population continue de se détériorer et on n'a connu que très peu de développements en ce qui concerne la refonte du système en fonction de la prévention et de la gestion des maladies chroniques ou incurables.

### **Le système de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick fait face à :**

- un impératif en matière de ressources humaines, puisque nous devons relever le défi provoqué par les compressions budgétaires des années 1990 dans la formation en soins de santé, comme en médecine et en sciences infirmières, et par le vieillissement de la main-d'œuvre;

- un impératif financier, puisqu'on estime que le taux de croissance des dépenses pour les soins de santé dépassera 50 pour cent de celles de la province d'ici 2014-2015 (figure 1);
- un impératif moral, puisque la santé de notre population continue de se dégrader, principalement en raison de l'environnement social et des modes de vie.<sup>8</sup>

**Figure 1 : Budget de santé du Nouveau-Brunswick en pourcentage du budget total<sup>9</sup>**



Les maladies chroniques dominent le paysage, puisqu'elles sont les plus grandes génératrices de coûts au sein du système de soins de santé.<sup>10</sup> Ces maladies sont persistantes, sont liées à des facteurs de risques, ont des répercussions sur la vie quotidienne et exigent une gestion de la condition au fil du temps. En 2007, le Conseil en matière de qualité<sup>11</sup> de la santé a publié une série de rapports sur les structures et la prévalence de la santé et de l'utilisation des soins par les Canadiens souffrant de certaines maladies chroniques en se servant de données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC). Celle-ci a cumulé de l'information sur la population dans son ensemble par l'entremise de sondages d'auto-évaluation portant sur les déterminants de la santé, l'état de santé et l'utilisation du système de soins. Ces sondages sont le fruit d'efforts conjoints de Santé Canada, de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS).<sup>12</sup>

8. Le Conference Board du Canada (septembre 2009), *How Canada performs — Health*, <http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#score> (site consulté le 2 mars 2010)

9. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2009), communication personnelle des Services financiers.

10. Rapport interne du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2006), *Stratégie globale de gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick*.

11. Conseil canadien de la santé (2007), *L'importance de renouveler les soins de santé : apprendre de l'expérience de Canadiens souffrant de maladies chroniques*, Conseil de la santé, Toronto. [www.healthcouncil-canada.ca](http://www.healthcouncil-canada.ca)

12. Santé Canada (2007), <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/index-fra.php>



Le tiers des Canadiens ont déclaré souffrir d'au moins une des sept grandes maladies chroniques physiques ou mentales.<sup>13</sup> Or, ces Canadiens sont responsables de 51 pour cent des consultations avec les omnipraticiens, de 55 pour cent des consultations avec des spécialistes, de 67 pour cent des consultations avec une infirmière et de 72 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>14</sup> Bon nombre de Canadiens ont de plus affirmé avoir de la difficulté à obtenir un rendez-vous en temps opportun avec leur médecin de famille et, par conséquent, dépendent beaucoup des salles d'urgence des hôpitaux pour combler leurs besoins en soins de santé primaires. Par ailleurs, ils ont rarement accès à une équipe de soins de santé, et ce, malgré le fait que l'importance de ces dernières ait été bien documentée.<sup>15</sup>

Soixante-douze pour cent des Néo-Brunswickois âgés de 18 ans et plus affirment avoir une maladie chronique. Du côté des jeunes de 12 à 17 ans, ce sont 58 pour cent qui déclarent souffrir d'une telle maladie, en citant le plus souvent les allergies, l'asthme et les problèmes de dos. Les quelque 74 pour cent d'adultes de 18 ans ou plus souffrant d'une maladie chronique citent pour leur part l'arthrite, l'hypertension artérielle et l'asthme. Bien qu'on les reconnaisse peu, les maladies mentales exercent des contraintes significatives sur le système de soins de santé primaires. Au Nouveau-Brunswick, seulement 11,6 pour cent des gens affirment en effet vivre avec un trouble de l'humeur ou anxieux, comme la dépression ou une psychose maniaco-dépressive.<sup>16</sup> Lors d'un examen récent de cabinets de soins de santé primaires choisis à Miramichi, les maladies mentales ont toutefois été nommées comme étant parmi les raisons les plus courantes de consulter.<sup>17</sup>

La figure 2 montre la répartition par zone de la prévalence de maladies chroniques concomitantes. Or, le fait de souffrir de plusieurs maladies est lié à une utilisation accrue des services de soins. Un rapport de 2007 publié par le Conseil canadien de la santé et intitulé *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques* décrit les résultats d'une étude de sept maladies chroniques à forte incidence et forte prévalence qui ont une influence déterminante sur le recours aux soins.

- Les quelque 68 pour cent de personnes ne souffrant d'aucune de ces maladies comptent pour 28 pour cent des nuits passées à l'hôpital.

13. Ibid., p. 17.

14. Conseil canadien de la santé (2007), *Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada*, un supplément au document *Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Toronto, p. 16, [www.healthcouncilcanada.ca](http://www.healthcouncilcanada.ca).

15. A. Shih, K. Davis, S. Schoenbaum, A. Gauthier, R. Nuzum et D. McCarthy, *Organizing the U.S. Health Care Delivery System for High Performance*, The Commonwealth Fund, août 2008, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/Fund-Reports/2008/Aug/Organizing-the-U-S--Health-Care-Delivery-System-for-High-Performance.asp>.

16. Communication personnelle de Mme R. Tervo, ministère de la Santé, Statistique Canada, ESCC, cycle 4.1, 2007-2008.

17. Communication personnelle de Mme Bronwyn Davies (novembre 2009), directrice des Soins de santé primaires, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.



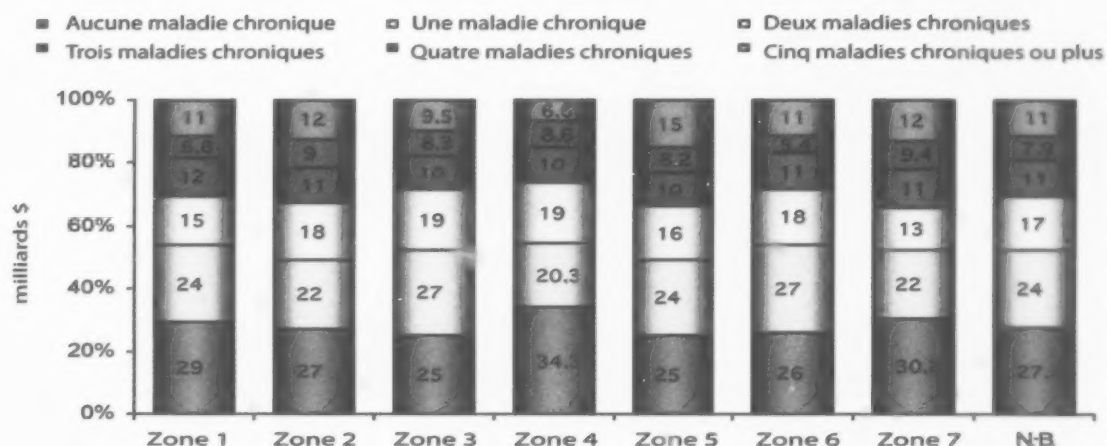
- Les quelque 21 pour cent de personnes souffrant d'une de ces maladies comptent pour 28 pour cent des nuits passées à l'hôpital.
- Les quelque 12 pour cent de personnes souffrant de deux ou plusieurs de ces maladies comptent pour 44 pour cent des nuits passées à l'hôpital.<sup>18</sup>

Bref, la plupart des séjours en hôpitaux sont effectués par des personnes souffrant de maladies chroniques, et celles qui en présentent deux et plus en sont les plus grandes utilisatrices.

Le pourcentage élevé de Néo-Brunswickois atteints de maladies chroniques concomitantes suggère qu'il faudra étendre l'accès aux soins de santé au fil du temps.

**Figure 2 : Prévalence des maladies chroniques chez les Néo-Brunswickois**

(Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005)



La prochaine figure illustre les données de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes sur les cinq maladies chroniques les plus souvent citées par le groupe des 18 ans et plus au Nouveau-Brunswick. En juillet 2009, l'ICIS a par ailleurs indiqué que la province affichait le taux le plus élevé au Canada en ce qui a trait au nombre de personnes souffrant d'une ou de plusieurs de quatre maladies à l'étude (diabète, cardiopathies, hypertension, accidents vasculaires cérébraux)<sup>19</sup>.

18. Conseil canadien de la santé (2007), Portraits démographiques des maladies chroniques au Canada, un supplément au document Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques, Toronto, p. 12.

19. Statistique Canada, ICIS (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cih.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cih.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

**Figure 3 : Les cinq maladies chroniques les plus prévalentes au cours des trois derniers mois (% de la population de 18 ans et plus)**

	Arthrite/ Rhumatisme	Hypertension	Asthme	Cardiopathie	Diabète
Zone 1	19,7 %	19,9 %	6,9 %	8,1 %	7,2 %
Zone 2	28,3 %	23,8 %	9,6 %	6,8 %	6,3 %
Zone 3	20,4 %	20,2 %	7,1 %	6,6 %	5,6 %
Zone 4	19,4 %	19,4 %	6,5 %	6,0 %	6,5 %
Zone 5	27,9 %	28,8 %	7,0 %	10,7 %	5,7 %
Zone 6	19,9 %	21,6 %	8,7 %	7,1 %	7,0 %
Zone 7	20,7 %	24,4 %	10,4 %	9,6 %	9,7 %
N.-B.	22,2 %	21,7 %	8,0 %	7,4 %	6,7 %

Source : Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, 2005.

Les changements démographiques viendront ajouter des défis supplémentaires en matière de soins de santé primaires. En effet, plus la population sera âgée, plus l'incidence de maladies chroniques augmentera. Statistique Canada prévoit qu'on comptera deux fois plus de personnes âgées d'ici 2026, et ce, quels que soient les taux d'immigration dans la province.<sup>20</sup> L'organisme a élaboré six scénarios de projection des changements démographiques en considérant la migration, l'immigration, ainsi que les taux de naissance et de décès. Quelles que soient ces considérations, il apparaît évident que le Nouveau-Brunswick devrait se retrouver avec le double de personnes âgées d'ici 20 ans. La prévalence accrue des maladies chroniques associées au vieillissement sera en outre exacerbée par diverses formes de démence, lesquelles devraient augmenter simplement à cause du fait que les gens vivent plus longtemps.

20. Statistique Canada (2005), Projections démographiques pour le Canada, les provinces et les territoires, 2005-2031, no de catalogue 91-520-XIE <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-fra.htm>

**Figure 4 : Proportion de personnes âgées de 65 ans et plus observée (2005) et projetée (2031) selon six scénarios, Canada, provinces et territoires**

	Scénario (2031)						
	2005	1	2	3	4	5	6
	en pourcentage						
Canada	13.1	34.4	33.4	23.4	23.4	23.4	22.5
Terre-Neuve-et-Labrador	13.1	29.7	30.3	29.5	28.8	32.8	29.0
Île-du-Prince-Édouard	14.1	27.2	26.5	26.4	26.2	26.6	25.8
Nouvelle-Écosse	14.2	28.6	28.6	28.1	27.8	28.4	27.5
Nouveau-Brunswick	13.9	28.9	29.1	28.6	28.2	28.8	28.1
Québec	13.8	26.4	25.4	25.3	25.3	25.7	24.5
Ontario	12.8	23.2	21.8	22.1	22.4	21.9	21.1
Manitoba	13.5	22.7	21.5	21.7	22.1	21.5	21.0
Saskatchewan	14.8	25.4	24.8	25.0	25.2	23.4	24.3
Alberta	10.5	22.0	20.8	21.4	22.1	20.6	20.7
Colombie-Britannique	13.8	25.4	25.4	24.1	22.8	25.3	23.0
Yukon	6.9	20.9	24.1	19.8	16.5	23.0	18.6
Territoires-du-Nord-Ouest	4.7	16.0	16.4	15.2	13.9	16.6	14.1
Nunavut	2.6	6.0	4.7	5.7	6.9	6.3	5.3

Source : Statistique Canada, <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-520-x/00105/4167814-fra.htm>

À la fin des années 90, la Robert Wood Foundation a financé les travaux du chercheur E. Wagner qui voulait explorer et évaluer la mise au point d'un cadre systémique efficace axé sur un volet clinique qui favoriserait les soins aux personnes atteintes de maladies chroniques. Ces travaux ont mené à l'élaboration du Modèle de soins aux malades chroniques (MSMC), qui intègre diverses composantes pour améliorer la gestion de ces derniers<sup>21</sup>. Depuis 2000, ce modèle a été utilisé à grande échelle, et ses résultats ont été étudiés. On a notamment observé que :

- les personnes souffrant de diabète ont vu leurs risques cardiovasculaires diminuer de façon appréciable;
- les personnes souffrant d'insuffisance cardiaque congestive étaient mieux informées, suivaient mieux leurs traitements et passaient 35 pour cent moins de jours à l'hôpital;
- les personnes souffrant d'asthme et de diabète étaient davantage susceptibles de recevoir le traitement approprié.

21. <http://www.improvingchroniccare.org/change/index.html>

Figure 5 : Modèle élargi de soins aux malades chroniques



Créé par: Victoria Barr, Sylvia Robinson, Brenda Marin-Link, Lisa Underhill, Anita Dotts & Darlene Ravonadale (2002). Adapté de Glasgow, R., Orleans, C., Wagner, E., Curry, S., Solberg, L. (2001). Le Soins Chronique Modèle-t-il aussi sert d'un gabarit pour améliorer d'empêchement? The Milbank Quarterly. 79(4), L'Organisation mondiale de Santé, Canada de Santé et Bien-être et l'Association de Santé Publique canadienne. (1986). La Charte d'Ottawa de Promotion de Santé.

Le modèle incorpore les éléments de base requis pour optimiser les soins de santé primaires aux niveaux tant des collectivités, que des services, des cabinets et des patients. Il procure un gabarit synergique pour l'amélioration de la qualité de la prestation de ces soins. Le Nouveau-Brunswick a adopté un cadre de prévention et de gestion des maladies chroniques qui offre une description détaillée de ce modèle.

Le recours aux soins de santé primaires en tant que stratégie principale pour la gestion de l'escalade des coûts des soins de santé a été mentionné pour la première fois en 1974 dans le **rapport Lalonde**<sup>22</sup>, intitulé Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Près de trente ans plus tard, le rapport Romanow sur l'avenir des soins de santé au Canada intitulé Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada faisait des recommandations similaires :

22. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/com/fed/lalonde-fra.php>

*Les bons services de santé de première ligne reposent sur le travail d'équipe interdisciplinaire et des soins disponibles pour tous, 24 heures sur 24 et sept jours sur sept. Les services de santé de première ligne sont actuellement déséquilibrés au Canada et sont concentrés sur la pratique enchâssée de travailleurs qui ont des compétences spécialisées particulières que l'on charge de guérir des gens malades. On n'insiste pas suffisamment sur des efforts plus généraux de prévention des maladies et des blessures, mais qui visent à garder la population en général en meilleure santé.<sup>23</sup>*

En février 2009, le juge M. McKee a publié son rapport intitulé *Vers l'avenir, ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick*. On pouvait y lire que :

*nous devons pouvoir compter en tout temps sur un système qui reconnaît le besoin d'aide et intervient de façon appropriée dès les premières indications d'un problème, évitant ainsi des problèmes subséquents, qui appuie et favorise le rétablissement continu et qui optimise le mieux-être.<sup>24</sup>*

Ces rapports et ces stratégies témoignent de la détermination à renouveler le système de soins de santé primaires afin d'obtenir un système de santé durable. Le gouvernement provincial reconnaît que des mesures décisives doivent être prises puisque notre système de santé devra relever des défis de taille au cours des prochaines décennies. Nous devons avoir un système de santé novateur et efficace afin de pouvoir offrir des services de santé cliniques durables. Nous devons passer de l'approche consistant à « trouver et à résoudre le problème » en matière de santé à une approche visant à « prévenir, trouver et gérer le problème » afin d'assurer que les Néo-Brunswickois aient un système de soins de santé primaires accessible et durable.

Le ministre de la Santé a mis sur pied un comité de travail, connu sous le sigle CCSSP. Les intervenants qui le composent avaient reçu le mandat d'examiner le modèle actuel de prestation des soins de santé primaires et de faire des recommandations pour l'améliorer. La liste des membres actuels du CCSSP et son mandat sont présentés dans les **annexes 1 et 2**.

23. [http://www.chsrf.ca/other\\_documents/romanow/pdf/healthcare\\_f.pdf](http://www.chsrf.ca/other_documents/romanow/pdf/healthcare_f.pdf)

24. Juge M. McKee (février 2009), *Vers l'avenir, ensemble : Un système transformé de santé mentale pour le Nouveau-Brunswick*, rapport interne du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Le CCSSP a discuté en profondeur avec des experts dans des domaines comme la gestion des maladies chroniques, l'informatique et les différents modèles de soins de santé. Leurs travaux s'inscrivent dans le *Plan provincial de la santé 2008-2012*, dans lequel le gouvernement provincial s'engageait :

*à bâtir un système provincial unique bien intégré, à mieux utiliser ses ressources rares, à moderniser nos structures organisationnelles et à accorder plus d'importance aux programmes et aux services qui aideront les gens à demeurer en santé et à mieux gérer leurs affections chroniques*<sup>25</sup>.

Le présent document reflète les travaux effectués par le Comité jusqu'à maintenant. Le CCSSP a fondé ses délibérations sur les hypothèses suivantes :

- il est essentiel d'améliorer la santé de la population du Nouveau-Brunswick pour assurer un avenir prospère, productif et sain à la province;<sup>26</sup>
- pour transformer les soins de santé primaires, il faudra faire des changements novateurs dans les structures, ce qui comprend l'adoption de nouvelles technologies;
- pour transformer les soins de santé primaires, il faudra apprendre comment procéder différemment, moderniser les structures organisationnelles, travailler en collaboration avec tous les intervenants, y compris les patients, en ce qui concerne tant la prestation des services que l'orientation générale du gouvernement en matière de politique publique sur la santé;
- la transformation des soins de santé primaires touchera plus que la prestation des soins en portant également sur la promotion du mieux-être et d'un mode de vie sain, ainsi que sur les moyens d'aider les gens à demeurer en santé et à mieux gérer leurs maladies chroniques;
- le système de soins de santé primaires utilisera mieux ses maigres ressources, en misant sur les compétences et les actifs de grande qualité qui sont déjà présents;
- la transformation des soins de santé primaires sera économiquement et cliniquement viable, efficace, gratuite et accessible à tous, tout en permettant de répondre aux besoins d'une population vieillissante aux prises avec des maladies chroniques;
- les soins de santé primaires seront offerts le plus près possible de l'endroit où les Néo-Brunswickois vivent;
- le modèle de soins aux malades chroniques étendu fournit un cadre stratégique pour la création d'un modèle de prestation des soins de santé primaires intégré, synergique, efficace et efficient.

25. Province du Nouveau-Brunswick (2008), *Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012*, p. 3.

26. *Ibid.*, p. 2.



La section qui suit vise à définir les soins de santé primaires et leurs fondements en fonction des quatre piliers formulés dans la *Stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires* (2005) et adoptés par le gouvernement du Nouveau-Brunswick dans son *Plan provincial de la santé 2008-2012*.

## SECTION 2

### SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES

#### En quoi consistent les soins de santé primaires?

**Les soins de santé primaires sont :** *habituellement les premiers soins vers lesquels les gens se tournent lorsqu'ils sont aux prises avec des problèmes de santé. Ces soins sont souvent dispensés par un omnipraticien ou un médecin de famille. Les soins de santé primaires comprennent habituellement les soins de routine, les soins pour des problèmes de santé urgents, mais mineurs ou communs, les soins de santé mentale, les soins dispensés aux mères et aux enfants, les services psychosociaux, la liaison avec les services à domicile, la promotion de la santé et la prévention des maladies, les services de consultation en nutrition et les soins en fin de vie. Ces soins constituent également un important outil de prévention et de gestion des maladies chroniques et peuvent faire appel à d'autres professionnels de la santé que les médecins, comme les infirmières, les infirmières praticiennes, les diététistes, les physiothérapeutes et les travailleurs sociaux.*<sup>27</sup>

Les soins de santé primaires tiennent compte des déterminants sociaux qui influencent grandement la santé et le mieux-être, y compris le revenu, le logement, l'éducation et l'environnement. Les soins eux-mêmes en constituent le volet « services », notamment au chapitre de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et des blessures, ainsi que du diagnostic et du traitement de ces dernières.

#### Qui offre les soins de santé primaires?

Les omnipraticiens ont toujours été la pierre angulaire de la prestation des soins de santé primaires. Un rapport du Centre de recherche Décima révèle qu'en 2004, la majorité des Canadiens (88 pour cent) estimaient qu'avoir un médecin de famille augmentait leur confiance en leur capacité d'obtenir les soins appropriés en temps opportun. Cette conclusion a été confirmée par d'autres études.<sup>28</sup> Les soins de santé primaires ont été élargis pour inclure les services communautaires offerts par toute une gamme de fournisseurs de soins de santé, y compris les infirmières, les

27. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

28. Centre de recherche Décima (2004), *Decima express national telephone omnibus*, Toronto, cité dans le document trouvé au : <http://www.cfpc.ca/local/files/PCWTP%20Discussion%20Paper%20v3.pdf> (en anglais seulement)

pharmaciens, les diététistes, les psychologues, les physiothérapeutes, les travailleurs sociaux, les conseillers en santé mentale, etc.

Or, l'inclusion d'un vaste éventail de fournisseurs de soins sous-entend nécessairement le besoin de travailler en équipe. Les soins de santé primaires se fondent donc sur la notion de coordination interprofessionnelle et de collaboration entre les fournisseurs de soins. Il s'agit ici d'aller plus loin que le simple partage de renseignements entre intervenants :

*... en considérant les forces et les actifs des personnes et des collectivités, en répondant aux besoins cernés, en maximisant la participation communautaire, en incluant tous les secteurs intéressés en évitant toutefois le chevauchement des services (c.-à-d. en utilisant les fournisseurs de manière efficace) et en employant uniquement des technologies accessibles, acceptables, abordables et appropriées.<sup>29</sup>*

Plus récemment, la notion de soins de santé primaires a intégré une compréhension élargie de la santé de la population et des déterminants sociaux susceptibles de l'influencer (déterminants qui ont toujours été considérés du domaine public). Les fournisseurs de soins de santé primaires contribuent activement à la réalisation des objectifs en santé publique, notamment en assurant le suivi des incidents et maladies à déclaration obligatoire, en cernant des tendances et enjeux émergents, en faisant la promotion de politiques en la matière, en appuyant la création de milieux physiques et sociaux favorables à la santé, en dépistant les maladies chroniques, en effectuant les vaccinations, en encourageant les bons comportements et en participant aux interventions en cas de désastre. Aujourd'hui, les professionnels des soins de santé primaires ouvrent la porte à une participation communautaire par l'entremise d'une variété de partenariats avec, notamment, les industries, les gouvernements locaux, les organismes de services publics, les groupes confessionnels, les organismes non gouvernementaux (ONG) et d'autres parties intéressées. Ces partenariats permettent aux équipes de soins de santé primaires de mieux cerner les besoins des populations qu'elles desservent et de trouver les ressources disponibles pour améliorer leurs résultats au chapitre de la santé.

## Comment fonctionnent les soins de santé primaires?

À l'heure actuelle, les soins de santé primaires sont principalement prodigués par les médecins de famille. En juillet 2009, utilisant les données de l'ESCC de 2007, l'ICIS a indiqué que 92 pour cent des Néo-Brunswickois affirmaient en avoir un à

<sup>29</sup>. College of Medicine, University of Saskatchewan,

<http://www.medicine.usask.ca/research/health-research-groups/primary-health-care-research> (traduction).

leur disposition.<sup>30</sup> Ces médecins offrent des services de prévention, d'examen et de diagnostic, ainsi que de gestion des épisodes aigus et chroniques de toutes les maladies, et ce, tout en faisant la promotion du mieux-être. Le système actuel est doté en ressources en fonction des activités de diagnostic et de traitement des maladies. À titre d'exemple, le régime d'Assurance-maladie ne prévoit aucun code pour les actes de prévention, comme les examens périodiques, et ce, parce qu'ils ne sont pas explicitement assurés. Malgré cet obstacle, les médecins de famille de la province continuent d'être les fournisseurs de services les plus complets pour les particuliers et les petits groupes, et sont ceux au Canada qui ont reçu le moins de plaintes au chapitre de l'accès à des soins de routine ou courants dans des délais acceptables.<sup>31, 32</sup>

### Où en est la réforme des soins de santé primaires?

Tant le rapport Romanow<sup>33</sup> qu'un autre document intitulé *Renouvellement des soins de santé au Canada : Accélérer le changement* du Conseil canadien de la santé<sup>34</sup> soulignent l'importance de réorganiser le fonctionnement des soins de santé primaires.

Les facteurs préoccupants sont les suivants :

- le manque de continuité — les fournisseurs et les établissements de soins semblent souvent travailler isolément les uns des autres;
- les inquiétudes des fournisseurs au sujet de leurs conditions de travail, y compris les longues heures et les répercussions de ces dernières sur leur propre santé et sur leur vie de famille;
- le manque relatif d'importance qu'on accorde à la promotion de la santé et à la prévention, qui pourrait entraîner les taux élevés de maladies qui semblent être évitables;
- les problèmes liés à l'accès, particulièrement dans les régions rurales et éloignées, mais également dans les centres urbains, où le peu de disponibilité des fournisseurs de services après les heures normales de travail entraîne souvent le recours aux salles d'urgence pour l'obtention de soins non urgents;<sup>35</sup>

30. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, p. 6, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

31. Association médicale canadienne (2001), *Sondage national auprès des médecins de famille* (Sondage Janus)

32. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

33. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/hhr-rhs/strateg/romanow-fra.php>

34. [http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer\\_le\\_changement\\_CCS\\_2005.pdf](http://healthcouncilcanada.ca/docs/rpts/2005/Accelerer_le_changement_CCS_2005.pdf)

35. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/about-apropos-fra.php>

- l'incapacité pour les Canadiens d'accéder à des équipes de soins de santé primaires composées de professionnels qui travaillent ensemble pour combler les besoins des patients 24 heures par jour, sept jours par semaine, en se fondant sur des renseignements complets en matière de santé.

Ces problèmes ont été confirmés dans des rapports subséquents.

De 2000 à 2006, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP)<sup>36</sup> établi à l'échelle nationale a financé bon nombre de projets au Nouveau-Brunswick comme partout ailleurs au Canada. La province a notamment adopté le modèle des centres de santé communautaires (CSC), dont les principales caractéristiques sont les suivantes :

- la création d'équipes de soins de santé primaires responsables d'offrir des services complets à leurs patients (y compris la coordination avec les autres niveaux de soins);
- l'amélioration des lignes téléphoniques d'info-conseil pour offrir des services de premier contact à toute heure du jour ou de la nuit;
- l'amélioration de la gestion des maladies chroniques;
- une plus grande importance accordée à la promotion de la santé et à la prévention des blessures et des maladies;
- la participation volontaire des fournisseurs de soins comme des patients;
- le développement de capacités d'évaluation, afin de pouvoir surveiller le rendement du système;
- un accent explicite mis sur les activités de gestion du changement afin d'appuyer tous les points susmentionnés.

Nous avons ainsi une occasion unique de profiter des leçons apprises et de miser sur des outils élaborés au Nouveau-Brunswick ou ailleurs pour faciliter la création d'équipes et la réforme des soins de santé primaires.

Il importe de noter que la province dispose d'un réseau exhaustif de points d'accès à l'échelle communautaire; en plus de ses centres de santé communautaires, elle compte des centres de santé mentale communautaires et leurs cliniques satellites, des centres de santé, des centres d'exercice de la profession en collaboration comptant des infirmières praticiennes, de même que des cabinets extramuraux. Bon nombre de ces établissements affichent des pratiques exemplaires en matière de prestation de soins de santé primaires. Le tableau ci-dessous montre les effectifs de chacun de ces sites. Il faut cependant se rappeler que tous les établissements de même type ne présentent pas le même modèle de dotation. Au moment de la

36. <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/index-fra.php>



rédaction du présent document, il existait un seul centre d'exercice de la profession en collaboration financé par le régime d'Assurance-maladie qui avait une infirmière praticienne parmi ses effectifs.

**Figure 6 : Survol des services communautaires offerts par les RRS et des effectifs des fournisseurs de soins de santé**  
(les postes indiqués n'étaient pas toujours pourvus)

	Quatorze centres de santé mentale communautaires	Dix bureaux de santé publique	Huit centres de santé communautaires	Vingt centres de santé	Vingt-six cabinets extramurs	Un centre d'exercice de la profession en collaboration (régime d'Assurance-maladie)
Conseiller en intégration communautaire	✓					
Psychologue	✓					
Psychométricien	✓					
Travailleur social	✓		✓		✓	
Dietétiste		✓	✓		✓	
Infirmière immatriculée	✓	✓	✓	✓	✓	
Médecin	✓		✓	✓		✓
Infirmière auxiliaire autorisée						
Physiothérapeute			✓		✓	
Infirmière praticienne			✓			✓
Ergothérapeute	✓		✓		✓	
Inhalothérapeute			✓		✓	
Orthophoniste						
Audiologiste					✓	
Travailleur au service de soins aux patients	✓			✓	✓	
Assistant en réadaptation			✓		✓	
Ludothérapeute	✓					
Technicien en éducation spécialisée	✓					
Pharmacien			✓			
Technicien en pharmacie					✓	

Source : classification des postes primaires pour des installations données durant l'exercice financier 2007-2008, base de données sur les ressources humaines (BDRS) du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick



## Un plan conceptuel pour la réforme des soins de santé primaires

Grâce au financement du FASSP, un groupe de travail national a élaboré une stratégie de marketing pour sensibiliser la population au rôle et à l'importance des soins de santé primaires dans le système de prestation des soins de santé. Après des études approfondies, un concept à quatre piliers a été créé. Ces piliers ou éléments, interprétés par la population comme étant des composantes clés des soins de santé primaires, sont *l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et le mode de vie sain*.<sup>37</sup> Chacun de ces éléments est décrit brièvement ci-après.

*L'accès* signifie que la personne obtient les soins adéquats, du bon fournisseur, au bon moment et au bon endroit. Cette personne doit d'abord demander de l'aide pour satisfaire ses besoins de base en santé. C'est habituellement le premier accès au système de soins de santé, qui se fait par l'intermédiaire du médecin de famille, d'un autre médecin praticien ou d'autres avenues, comme les lignes téléphoniques d'info-conseil et les cliniques. De là, la personne accède à toute une gamme de services dont elle a besoin en temps opportun.

Le **travail en équipe** est une approche où les fournisseurs de soins de santé travaillent ensemble pour offrir des soins efficaces et opportuns en se partageant la responsabilité d'un patient. Les soins de santé primaires intègrent la notion « d'équipe » ou de « réseau » de fournisseurs et d'organismes qui travaillent ensemble au nom du patient, pour coordonner les soins dans le système de santé, en conseillant ce dernier sur la façon de rester en santé, en traitant ses maladies, en lui fournissant des soins hospitaliers, en lui offrant des soins à domicile et en faisant le suivi de ses problèmes de santé chroniques. Il faut pour cela créer des processus de collaboration et de coopération susceptibles d'assurer la continuité des soins et de faire en sorte que les patients aient accès aux bons professionnels de la santé. Grâce aux renseignements complets contenus dans les dossiers de santé électroniques, les fournisseurs de soins peuvent effectuer le suivi constant de leurs patients, évaluer leurs progrès et adopter une approche plus globale pour les aider à rester en santé. Selon la philosophie des soins de santé primaires, le patient fait partie intégrante de l'équipe, puisqu'il participe aux décisions prises au sujet des soins qu'il recevra.

Les **renseignements opportuns** et les moyens de les communiquer efficacement sont essentiels pour assurer que les décisions sont prises en fonction des meilleures données disponibles. Pour soigner efficacement une personne, ces renseignements doivent être complets et refléter les conseils et avis formulés par tous les membres de l'équipe responsable du patient. On utilise de plus en plus la technologie pour

37. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

assurer le transfert efficace de l'information et pour révolutionner la façon de stocker et d'utiliser les renseignements.

L'adoption d'un **mode de vie sain** se traduit par les choix positifs qu'on fait en matière de santé physique, mentale et spirituelle. Parmi ces choix figurent la consommation d'aliments nutritifs, l'établissement d'un cercle de contacts sociaux pour créer un environnement favorable, l'activité physique, le fait de ne pas fumer et l'abandon d'autres mauvaises habitudes de vie. On vise principalement à prévenir les maladies et les blessures. Or, cette notion est étroitement liée à celle de la prévention primaire, qui signifie l'adoption, au niveau individuel ou collectif, de mesures ou d'activités conçues pour réduire les conséquences d'expositions à des facteurs de risque de maladie ou d'évènement lié à la santé. On peut notamment penser aux campagnes de vaccination ou à l'accès à de l'eau potable sûre au sein d'une collectivité. Ce pilier vise également à habiliter les personnes ayant une maladie chronique à s'autogérer et à prendre des décisions visant à améliorer leur santé générale et leur qualité de vie.

À la suite d'une campagne de sensibilisation, il y a eu une amélioration importante de la compréhension des soins de santé primaires par les Canadiens.<sup>38</sup> Le CCSSP a décidé de miser sur cette initiative et d'utiliser ces piliers pour orienter les discussions provinciales sur la réforme des soins de santé primaires.

La section 3 présente un survol détaillé de chacun des piliers en considérant la situation actuelle et les objectifs qu'on veut atteindre au Nouveau-Brunswick. La section 4 résume quant à elle les mesures qu'on entend adopter pour réaliser ces objectifs en formulant les recommandations.

---

38. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009), *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*,  
[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

## Un plan conceptuel pour la réforme des soins de santé primaires

Grâce au financement du FASSP, un groupe de travail national a élaboré une stratégie de marketing pour sensibiliser la population au rôle et à l'importance des soins de santé primaires dans le système de prestation des soins de santé. Après des études approfondies, un concept à quatre piliers a été créé. Ces piliers ou éléments, interprétés par la population comme étant des composantes clés des soins de santé primaires, sont *l'accès*, *le travail en équipe*, *les renseignements opportuns* et *le mode de vie sain*<sup>37</sup>. Chacun de ces éléments est décrit brièvement ci-après.

*L'accès* signifie que la personne obtient les soins adéquats, du bon fournisseur, au bon moment et au bon endroit. Cette personne doit d'abord demander de l'aide pour satisfaire ses besoins de base en santé. C'est habituellement le premier accès au système de soins de santé, qui se fait par l'intermédiaire du médecin de famille, d'un autre médecin praticien ou d'autres avenues, comme les lignes téléphoniques d'info-conseil et les cliniques. De là, la personne accède à toute une gamme de services dont elle a besoin en temps opportun.

*Le travail en équipe* est une approche où les fournisseurs de soins de santé travaillent ensemble pour offrir des soins efficaces et opportuns en se partageant la responsabilité d'un patient. Les soins de santé primaires intègrent la notion « d'équipe » ou de « réseau » de fournisseurs et d'organismes qui travaillent ensemble au nom du patient, pour coordonner les soins dans le système de santé, en conseillant ce dernier sur la façon de rester en santé, en traitant ses maladies, en lui fournissant des soins hospitaliers, en lui offrant des soins à domicile et en faisant le suivi de ses problèmes de santé chroniques. Il faut pour cela créer des processus de collaboration et de coopération susceptibles d'assurer la continuité des soins et de faire en sorte que les patients aient accès aux bons professionnels de la santé. Grâce aux renseignements complets contenus dans les dossiers de santé électroniques, les fournisseurs de soins peuvent effectuer le suivi constant de leurs patients, évaluer leurs progrès et adopter une approche plus globale pour les aider à rester en santé. Selon la philosophie des soins de santé primaires, le patient fait partie intégrante de l'équipe, puisqu'il participe aux décisions prises au sujet des soins qu'il recevra.

*Les renseignements opportuns* et les moyens de les communiquer efficacement sont essentiels pour assurer que les décisions sont prises en fonction des meilleures données disponibles. Pour soigner efficacement une personne, ces renseignements doivent être complets et refléter les conseils et avis formulés par tous les membres de l'équipe responsable du patient. On utilise de plus en plus la technologie pour

37. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009). *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*, [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

assurer le transfert efficace de l'information et pour révolutionner la façon de stocker et d'utiliser les renseignements.

L'adoption d'un **mode de vie sain** se traduit par les choix positifs qu'on fait en matière de santé physique, mentale et spirituelle. Parmi ces choix figurent la consommation d'aliments nutritifs, l'établissement d'un cercle de contacts sociaux pour créer un environnement favorable, l'activité physique, le fait de ne pas fumer et l'abandon d'autres mauvaises habitudes de vie. On vise principalement à prévenir les maladies et les blessures. Or, cette notion est étroitement liée à celle de la prévention primaire, qui signifie l'adoption, au niveau individuel ou collectif, de mesures ou d'activités conçues pour réduire les conséquences d'expositions à des facteurs de risque de maladie ou d'évènement lié à la santé. On peut notamment penser aux campagnes de vaccination ou à l'accès à de l'eau potable sûre au sein d'une collectivité. Ce pilier vise également à habiliter les personnes ayant une maladie chronique à s'autogérer et à prendre des décisions visant à améliorer leur santé générale et leur qualité de vie.

À la suite d'une campagne de sensibilisation, il y a eu une amélioration importante de la compréhension des soins de santé primaires par les Canadiens.<sup>38</sup> Le CCSSP a décidé de miser sur cette initiative et d'utiliser ces piliers pour orienter les discussions provinciales sur la réforme des soins de santé primaires.

La section 3 présente un survol détaillé de chacun des piliers en considérant la situation actuelle et les objectifs qu'on veut atteindre au Nouveau-Brunswick. La section 4 résume quant à elle les mesures qu'on entend adopter pour réaliser ces objectifs en formulant les recommandations.

---

38. Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada (2009). *Une stratégie nationale de sensibilisation aux soins de santé primaires*.

[http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet\\_F/0034?OpenDocument](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/prim/phctf-fassp/pchtf.nsf/WebFactSheet_F/0034?OpenDocument)

## SECTION 3

### CONSEILS et ORIENTATION

#### Pilier 1 — Accès : la situation actuelle

L'élément principal des soins de santé primaires est le cabinet du médecin de famille; il existe toutefois une grande diversité de points d'accès à ces soins, dont les urgences des hôpitaux, les cliniques sans rendez-vous, les services d'aide téléphonique (p. ex., Télé-Soins, services hospitaliers d'assistance), les centres de santé communautaires, les centres de santé, les bureaux de la santé publique, les pharmacies, etc. En avril 2008, le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association médicale canadienne ont publié un document de discussion sur les temps d'attente pour les soins primaires.<sup>39</sup> On y indique que « l'accès aux soins » est un des problèmes les plus chauds auxquels fait face le système de santé du Canada. Les trois principales préoccupations des patients étaient :

1. trouver un médecin de famille;
2. obtenir un rendez-vous avec un médecin de famille;
3. être aiguillé, au besoin, par le médecin de famille pour des investigations ou des consultations plus spécialisées.<sup>40</sup>

Même si on reconnaît de plus en plus que les soins de santé primaires sont le fondement du système de santé, on en sait peu sur la façon dont les patients, en tant que population, interagissent avec ce système. L'ESCC compte bien des questions susceptibles de permettre le suivi des préoccupations générales des patients, mais il n'y a pas de surveillance continue ou de production de rapport sur l'utilisation du réseau. Cela est principalement attribuable au fait que les données nécessaires sont très difficiles à obtenir et à synthétiser. Il n'existe actuellement aucun mécanisme exhaustif de cueillette et d'analyse des renseignements liés au système de soins de santé primaires. Les rares chiffres dont on dispose sont souvent des données secondaires provenant de la facturation des médecins de famille (Assurance-maladie), du système d'information hospitalière (SIH) et d'autres bases administratives. Par conséquent, il est très difficile d'avoir un dialogue significatif sur les temps d'attente pour des soins de santé primaires, d'élaborer des stratégies pour renforcer les secteurs les plus faibles et de déterminer si ces stratégies fonctionnent.

39. Collège des médecins de famille du Canada et Association médicale canadienne (avril 2008), *Et l'on attend toujours : Étude sur les temps d'attente en soins primaires au Canada, Sommaire*, p. V.

40. Ibid.



Une analyse préliminaire, fondée sur les chiffres de 2007 trouvés dans les bases de données susmentionnées, a été effectuée pour dresser le profil des services essentiels fournis par les médecins de famille afin de commencer à mieux comprendre les enjeux concernant les soins de santé primaires au Nouveau-Brunswick. En 2007, le Nouveau-Brunswick a été divisé en huit zones. Les zones 1B et 1SE partageaient alors la même empreinte géographique; leurs populations pouvaient donc choisir où elles désiraient obtenir leurs services de santé. Par conséquent, afin de mieux analyser les modèles d'accès dans la zone desservie, ces deux zones ont été considérées comme une seule.

Il y a deux importants problèmes en ce qui concerne la disponibilité et l'exhaustivité des données, soit les périodes durant lesquelles elles ont été recueillies et les lacunes au chapitre des médecins de famille salariés. Ces données proviennent des chiffres de facturation d'Assurance-maladie et du système d'information hospitalière. Or, il y a certaines irrégularités en ce qui concerne la période de collecte de ces deux sources. Si les deux couvrent 12 mois d'activités, le système d'information hospitalière se fonde sur l'exercice financier, tandis que l'Assurance-maladie se base sur l'année civile. Aux fins des présentes, ces irrégularités sont toutefois atténuées par l'amélioration de la qualité des données post-vérification. Le deuxième problème concerne le manque de renseignements sur les médecins de famille salariés. L'Assurance-maladie a récemment exigé de tous ces derniers qu'ils produisent des factures pro forma. Cela ne se produisait cependant pas encore en 2007, si bien qu'une bonne partie des activités de ces professionnels n'a pas pu être mesurée. Il est très important de considérer cet état de fait, puisque cela peut mener à une sous-estimation de la contribution des médecins de famille salariés au système de santé. L'objectif du présent exercice de faire ressortir les secteurs devant faire l'objet d'un examen approfondi demeure toutefois raisonnable, malgré ces imperfections au chapitre des données.

On cherche ici avant tout à savoir comment la population du Nouveau-Brunswick obtient les services de soins de santé primaires offerts par les omnipraticiens. L'objectif est mieux comprendre où les Néo-Brunswickois ont obtenu les services d'un médecin de famille en 2007, et de relever les caractéristiques d'utilisation par groupe d'âge ou par région géographique afin d'orienter et d'éclairer les études ultérieures.

### **Les statistiques — médecins de famille, cliniques ouvertes après les heures normales et salles d'urgence**

La figure suivante présente le nombre de médecins de famille par zone et lieu d'exercice. Elle n'inclut que les médecins de famille ayant réalisé un revenu d'au moins 60 000 \$ pendant l'exercice financier. L'analyse a permis de déterminer



quel type de contexte (cabinet, clinique ouverte après les heures normales, salle d'urgence ou hôpital) était la « source » de la majorité des revenus. On a relevé d'autres contextes d'exercice, mais il ne s'agissait pas des sources de la « majorité » de ces revenus. À titre d'exemple, on comptait 186 médecins dans la zone 1. De ces médecins, 87 ont gagné au moins 60 000 \$ essentiellement dans un cabinet où ils étaient payés à l'acte. Cinquante médecins, évoluant aussi en cabinet, étaient salariés. Six des médecins ayant gagné au moins 60 000 \$ ont plutôt cité les cliniques ouvertes après les heures normales comme principales sources de revenus, 35 ont nommé les salles d'urgence et huit, les hôpitaux. Il est à noter qu'un médecin peut exercer en cabinet tout en gagnant la plus grande part de ses revenus en salle d'urgence.

**Figure 7 : Nombre d'omnipraticiens par zone et lieu d'exercice**

Zone	Nombre total de médecins	Cabinets Médecins payés à l'acte	Cabinets Médecins salariés	Cliniques ouvertes après les heures normales	Salles d'urgence	Hôpitaux
1	186	87	50	6	35	8
2	147	94	13	1	29	10
3	145	92	22	1	22	8
4	49	29	1	0	12	7
5	29	12	5	0	7	5
6	73	44	6	1	18	4
7	35	22	4	0	8	1
Total	664	380	101	9	131	43

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Il faut noter que les nombres indiqués ne correspondent pas nécessairement à la notion d'équivalent à temps plein. Ils représentent exclusivement le nombre de médecins de famille ayant réalisé un revenu minimum de 60 000 \$ en 2007.

En 2005, B. Starfield, une chercheuse de renommée mondiale dans le domaine de la prestation de soins de santé primaires<sup>41</sup>, a examiné les répercussions du nombre de médecins de famille sur les résultats de santé. Elle a démontré qu'une augmentation du nombre d'omnipraticiens de première ligne, ou une amélioration de l'accès à ces derniers avait une influence positive sur la santé de la population. Le nombre total

41. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed?term=Starfield+Barbara>[au]

de médecins de famille ayant gagné la majorité de leurs revenus dans un cabinet ou une clinique ouverte après les heures normales a été examiné en fonction de la population du Nouveau-Brunswick. Dans la province, 481 d'entre eux offraient des soins aux 749 782 habitants estimés, ce qui représente en moyenne neuf médecins de famille par 10 000 habitants. On peut donc conclure qu'il y a 1 559 patients par omnipraticien.

La figure 8 représente la couverture relative de la population desservie, en fonction du nombre de médecins de famille travaillant en cabinet, à salaire ou selon un modèle de rémunération à l'acte.

**Figure 8 : Profil des omnipraticiens exerçant en cabinet en fonction de la population desservie**

Zone	Population desservie <sup>42</sup>	Cabinets Médecins payés à l'acte	Cabinets Médecins salariés	Nombre de personnes par médecin salarié ou payé à l'acte
1	197 703	87	50	1 443
2	174 952	94	13	1 635
3	172 180	92	22	1 510
4	50 693	29	1	1 690
5	28 281	12	5	1 664
6	79 891	44	6	1 598
7	46 082	22	4	1 772
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>380</b>	<b>101</b>	<b>1 559</b>

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Le nombre de médecins de famille exerçant en cabinet a été comparé aux populations desservies. Ainsi, dans la zone 1, 197 703 personnes avaient accès à 137 cabinets de médecine familiale, soit une moyenne de 1 443 personnes par lieu d'exercice. Ce profil révèle qu'il existe une certaine variation au chapitre de la disponibilité des omnipraticiens en fonction des populations desservies, la zone 7 ayant la moyenne la plus élevée de patients par médecin, et la zone 1, la moyenne la plus faible. Il n'existe aucun repère officiel pour la taille optimale de la clientèle

42. Source : Statistique Canada, tableau 109-5315, Estimations de la population (Recensement et données administratives), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires et groupes de régions homologues, annuel (nombre), CANSIM (base de données), [http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII\\_1-eng.htm](http://cansim2.statcan.gc.ca/cgi-win/cnsmcgi.exe?Lang=E&CNSM-Fi=CII/CII_1-eng.htm) (site consulté le 23 mars 2009).

par contexte d'exercice dans la province. Des chiffres continuellement amassés par l'Assurance-maladie indiquent qu'environ 70 pour cent des Néo-Brunswickois se rendent chez un médecin chaque année, et que presque tous les habitants de la province en consultent un par trois ans.<sup>43</sup> Le cadre actuel de rémunération dans les centres de santé communautaires, de même que les contrats de revenu minimum garanti, se fonde toutefois sur une charge professionnelle estimée de 1 500 patients par médecin de famille par année. Si on se base sur ces clientèles d'environ 1 500 personnes par établissement de médecine familiale, les zones 2, 4, 5, 6 et 7 avaient une distribution légèrement supérieure à la celle recommandée. Il est cependant important de noter que la figure ci-dessus ne tient compte ni des modèles de services des médecins de famille, ni de leurs activités principales; elle ne se fonde que sur les lieux d'exercice. Un omnipraticien pourrait notamment offrir un important soutien à des infirmières praticiennes ou à des fournisseurs de soins de santé complémentaires, ce qui lui permettrait de voir beaucoup plus de patients que s'il travaillait seul. En certains endroits, la rémunération est beaucoup plus élevée par code de service. Un médecin peut donc gagner la majorité de ses revenus dans un contexte, tout en travaillant une quantité considérable d'heures ailleurs. À titre d'exemple, les médecins œuvrant sous le code des salles d'urgence peuvent aussi exercer régulièrement en cabinet. De plus, les chiffres indiqués ne comptent pas les médecins de famille qui ont accumulé des revenus de moins de 60 000 \$. De plus en plus d'omnipraticiens prenant une retraite « partielle », le nombre de ceux affichant de tels revenus pourrait augmenter en conséquence; ces médecins peuvent pourtant voir un nombre appréciable de patients répartis dans plusieurs cabinets. Cette lacune au chapitre de la cueillette et de l'analyse des données illustre le besoin de créer de meilleures sources et d'assurer un suivi plus serré des activités.

Il est raisonnable de croire que « l'âge » et le « sexe » influencent grandement la demande en soins de santé primaires; même si le taux moyen d'une zone semble adéquat, les populations affichant davantage de problèmes de santé pourraient donc requérir un accès accru.

Les figures suivantes explorent la question de l'accès. Afin de mieux le comprendre, on a considéré les services couverts par des codes de facturation de l'Assurance-maladie comme indicateurs de l'activité des patients. Chaque service correspond à un code facturable. Il est à noter qu'un patient peut faire une seule visite donnant lieu à un, plusieurs ou aucun de ces codes. Toutefois, *en général*, un seul service est offert par visite. Par exemple, en avril 2009, on a recensé 180 772 visites dans des cabinets d'omnipraticien pour 196 922 services fournis, soit 1,09 service par visite. Généralement, dans l'échelle de rémunération, un seul service est associé à chaque visite. Il importe toutefois de comprendre que cette analyse ne rend pas la complexité du travail et des services souvent offerts; elle ne tient compte que des actes que les médecins ont été en mesure de facturer chaque fois. Les figures 9 à 12 montrent le nombre de patients cernés au cours d'une année civile, la répartition

---

43. Communication personnelle de M. James Ayles (février 2010), Assurance-maladie.

selon l'âge du groupe desservi, les services offerts, la population estimée et les points d'accès à ces derniers.

On s'attend idéalement à ce que les patients obtiennent des services de soins de santé primaires par l'intermédiaire du cabinet de leur omnipraticien. Les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence sont les autres choix qui s'offrent à eux, particulièrement quand les cabinets sont fermés. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont été créées par des médecins désireux de fournir des services hors des heures normales de travail dans le but de réduire les pressions exercées sur les salles d'urgence. Elles ont été proposées comme solution de rechange afin que les patients puissent obtenir des soins les soirs et les fins de semaine. Les patients orphelins, ou ceux qui n'ont pas de médecin de famille, doivent également passer par les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence pour accéder à un médecin de famille. À certains moments, les patients peuvent aussi « choisir » ces solutions de rechange parce qu'ils sont incapables de prendre congé, de se rendre au cabinet de leur médecin, etc., durant les heures « normales ».

La figure 9 établit des liens entre les populations estimées par zone, le nombre total de patients et le nombre total de services dans les cabinets de médecins de famille et les cliniques ouvertes après les heures normales.

**Figure 9 : Profil d'utilisation des services des médecins de famille par zone et population desservie**

Zone	Population desservie	Services obtenus dans un cabinet	Patients (cabinets)	% de la population (cabinets)	Services par patient	Services obtenus dans une clinique AHN	Patients (cliniques AHN)	% de la population (cliniques AHN)	Services par patient dans une clinique AHN
1	197 703	660 488	137 999	70 %	4,8	110 178	52 421	27 %	2,1
2	174 955	700 065	126 559	72 %	5,5	28 498	18 955	11 %	1,5
3	172 180	595 813	115 292	67 %	5,2	32 193	20 596	12 %	1,6
4	50 693	144 933	33 807	67 %	4,3	9 526	6 198	12 %	1,5
5	28 281	101 198	20 396	72 %	5,0	761	473	2 %	1,6
6	79 891	270 872	59 236	74 %	4,6	18 536	10 227	13 %	1,8
7	46 082	165 443	33 711	73 %	4,9	15 210	8 870	19 %	1,7
NB	749 782	2 638 812	527 000	70 %	5,0	214 902	117 740	16 %	1,8

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)



Les chiffres de la deuxième colonne correspondent à la **population desservie**. Par exemple, dans la zone 1, 660 488 services ont été consommés dans un cabinet de médecin par 137 999 patients, soit 70 pour cent de la population desservie. Cela correspond à une moyenne de 4,7 services par personne. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont pour leur part offert 110 178 services à 52 421 patients, soit 27 pour cent de la population desservie. On peut donc conclure qu'environ deux fois plus de patients ont obtenu les services dont ils avaient besoin dans un cabinet de médecin de famille. La population estimée est ainsi comparée au nombre de patients ayant obtenu des services dans un bureau de médecine familiale. Les zones 3 et 4 semblent avoir le plus grand pourcentage de population qui n'a pas fréquenté un cabinet de médecin. La zone 6 semble avoir le plus grand pourcentage de population qui a consulté un omnipraticien dans un cabinet. En moyenne, 30 pour cent des gens desservis ne se sont pas rendus dans un cabinet, mais il n'a pas été possible de déterminer si c'était parce qu'ils n'avaient pas eu besoin de soins de santé primaires, ne voulaient pas voir un médecin de famille ou avaient consulté un médecin ailleurs.

Les patients qui fréquentent les cabinets peuvent également fréquenter les cliniques ouvertes après les heures normales. Les médecins de famille évoluant dans des cabinets offrent environ trois fois plus de services par patient; cela est à prévoir, puisque, dans un tel contexte, chacun peut consulter à plusieurs reprises durant l'année et qu'on y met l'accent sur les soins intégrés. Les cliniques ouvertes après les heures normales se concentrent quant à elles sur la gestion épisodique de problèmes aigus qui présentent une probabilité moindre de suivi ou de surveillance continue.

À la figure 10, on a calculé des taux permettant de comparer les diverses zones du Nouveau-Brunswick.

**Figure 10 : Tableau comparatif des patients ayant obtenu des soins dans un cabinet de médecin ou une clinique ouverte après les heures normales**

Zone	Population desservie	Patients (cabinets)	Patients (CSC)	Taux d'utilisation (patients/population)	Patients (cliniques AHN)	Taux d'utilisation (patients/population)
1	197 703	137 999	1 568	0,71	52 421	0,27
2	174 952	126 559	6 685	0,76	18 955	0,11
3	172 180	115 292	10 240	0,73	20 596	0,12
4	50 693	33 807	0	0,67	6 198	0,12
5	28 281	20 396	9 330	1,05	473	0,02
6	79 891	59 236	21 998	1,02	10 227	0,13
7	46 082	33 711	0	0,73	8 870	0,19
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>527 000</b>	<b>49 821</b>	<b>0,77</b>	<b>117 740</b>	<b>0,16</b>

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Dans la zone 1, comptant une population estimée de 197 703 personnes, 137 999 patients ont visité des cabinets de médecin de famille, alors que 1 568 se sont rendus dans un centre de santé communautaire. On peut donc dire que 71 pour cent de la population (taux de 0,71) s'est tournée vers les cabinets privés ou des centres de santé communautaires pour obtenir des soins. On peut également constater que 52 421 patients ont obtenu des soins dans une clinique ouverte après les heures normales, soit 27 pour cent de la population (taux de 0,27). Il y a des variations importantes au chapitre du taux d'accès relatif entre les zones. Ces variations peuvent être causées par le manque de données sur les médecins de famille salariés. Lorsque cela était possible, nous avons utilisé des bases de données indirectes pour évaluer l'activité des omnipraticiens salariés, comme dans le cas des centres de santé communautaires. Ces derniers n'ont pas à produire de factures pro forma, mais il a été possible d'obtenir des renseignements sur le nombre total de patients ainsi que le nombre de consultations. Sans cette dernière donnée, on obtiendrait un nombre légèrement supérieur de patients, puisque les gens qui fréquentent les centres de santé communautaires n'en sont pas tous des patients du médecin de famille. Cela est particulièrement vrai dans le cas des centres de santé communautaires avec des cliniques sans rendez-vous « autonomes », comme dans la zone 3 (Minto), la zone 5 (Dalhousie) et la zone 6 (Lamèque, Caraquet). Ces cliniques sans rendez-vous fonctionnent comme les cliniques ouvertes après les heures normales et sont largement utilisées par la communauté en général.

On peut s'attendre à ce que la sous-estimation des personnes qui fréquentent les cabinets soit importante, puisque la zone 1 a la plus grande proportion de médecins de famille par patients, comme le démontre la figure 2. Dans la zone 1, un tiers (1/3) des omnipraticiens en cabinet étaient à salaire. On amasse actuellement des données sur la facturation pro forma, données qui aideront à clarifier et à mieux comprendre la situation. Cela n'explique toutefois pas l'utilisation plus élevée des cliniques ouvertes après les heures normales par les populations des zones 1 et 7. L'utilisation relativement élevée des cabinets dans les zones 5 et 6 suggère que la population a des besoins plus grands et a relativement peu de difficulté à consulter un omnipraticien. Comme l'âge est un important déterminant des besoins en matière de soins de santé, il est pertinent de considérer ce facteur dans l'établissement des profils d'utilisation.

La figure 11 présente des données préliminaires sur la façon dont l'âge des patients peut influencer sur l'utilisation des services.

Le *pourcentage de la population estimée* par groupe d'âge correspond à celui de la population desservie dans ce groupe d'âge. Par exemple, dans la zone 1, 58 pour cent d'enfants de 0 à 19 ans ont visité un cabinet. Au sein des cabinets, ces enfants ne composaient cependant que 17 pour cent du nombre total de patients reçus. Ce groupe d'âge était responsable de 14 pour cent seulement des services offerts.



**Figure 11 : Accès aux soins de santé primaires  
dans des cabinets par groupes d'âge**

Zone		Pourcentage de la population estimée	% de la clientèle des cabinets	% des services offerts en cabinet	Services/ patient
1	0 à 19 ans	58 %	17 %	14 %	4
	20 à 44 ans	59 %	30 %	28 %	4
	45 à 64 ans	80 %	33 %	33 %	5
	65 ans et +	94 %	20 %	25 %	6
2	0 à 19 ans	62 %	20 %	17 %	5
	20 à 44 ans	63 %	30 %	25 %	5
	45 à 64 ans	82 %	32 %	32 %	6
	65 ans et +	92 %	18 %	26 %	8
3	0 à 19 ans	58 %	20 %	16 %	4
	20 à 44 ans	55 %	29 %	27 %	5
	45 à 64 ans	77 %	32 %	32 %	5
	65 ans et +	94 %	19 %	25 %	7
4	0 à 19 ans	47 %	15 %	10 %	3
	20 à 44 ans	59 %	28 %	23 %	3
	45 à 64 ans	77 %	37 %	37 %	4
	65 ans et +	88 %	20 %	30 %	6
5	0 à 19 ans	49 %	14 %	10 %	3
	20 à 44 ans	61 %	25 %	21 %	4
	45 à 64 ans	84 %	38 %	40 %	5
	65 ans et +	97 %	23 %	30 %	7
6	0 à 19 ans	61 %	16 %	10 %	3
	20 à 44 ans	65 %	27 %	23 %	4
	45 à 64 ans	81 %	37 %	38 %	5
	65 ans et +	93 %	20 %	29 %	7
7	0 à 19 ans	60 %	18 %	12 %	3
	20 à 44 ans	63 %	27 %	24 %	4
	45 à 64 ans	81 %	34 %	35 %	5
	65 ans et +	95 %	21 %	29 %	7

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

On parle beaucoup dans les journaux généraux et professionnels des enjeux complexes associés à la population vieillissante. La figure 11 présente les différences d'accès entre groupes d'âge dans les cabinets de chaque zone. On y trouve le taux de personnes ayant obtenu des soins de santé primaires dans des cabinets de médecins de famille, de même que le pourcentage que cela représentait par rapport à la clientèle globale de ces derniers et par rapport au nombre total de services offerts.

Les personnes âgées semblent pouvoir accéder facilement aux médecins de famille, comme l'indique le nombre de patients de ce groupe d'âge vu dans les cabinets comparativement à la population estimée. Le plus faible pourcentage se trouve dans la zone 4, où 88 pour cent des personnes âgées avaient vu un omnipraticien, tandis que le pourcentage le plus élevé était dans la zone 5, où 97 pour cent d'entre elles avaient été vues en cabinet de médecine familiale. Ces personnes forment environ 20 pour cent des clientèles de cabinets familiaux, mais consomment de 25 à 30 pour cent des services offerts. Ce sont celles qui reçoivent le plus grand nombre de services par patient. Le groupe des 45 à 64 ans représente en général plus du tiers de la clientèle des cabinets et consomme environ le même taux de services. Cela est préoccupant, puisqu'à mesure que la population vieillit, les besoins en soins devraient augmenter et requérir une plus grande proportion des ressources disponibles. Comme on pourrait s'y attendre, les jeunes et les jeunes adultes accèdent moins aux services de soins de santé primaires et, par conséquent, représentent un pourcentage plus faible de la clientèle, tout en consommant moins de services en général.

La figure 12 présente un profil semblable, mais cette fois pour les cliniques ouvertes après les heures normales. Comme à la figure 11, on y trouve, par zone, le taux de personnes ayant obtenu des soins de santé primaires dans de telles cliniques, de même que le pourcentage que cela représentait par rapport à la clientèle globale de ces dernières et par rapport au nombre total de services offerts.

Le *pourcentage de la population estimée* correspond à celui de la population desservie dans le groupe d'âge visé. Par exemple, dans la zone 1, 28 pour cent d'enfants de 0 à 19 ans ont visité une clinique ouverte après les heures normales. Au sein des cliniques, ces enfants ne composaient cependant que 28 pour cent du nombre total de patients reçus. Ce groupe d'âge était responsable de 32 pour cent seulement des services offerts.

**Figure 12 : Accès aux soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales par groupes d'âge**

Zone		% de la population estimée	% de la clientèle des cliniques AHN	% des services offerts en clinique AHN	Services/patient
1	0 à 19 ans	35 %	28 %	32 %	2
	20 à 44ans	30 %	40 %	40 %	2
	45 à 64 ans	21 %	23 %	21 %	2
	65 ans et +	16 %	9 %	7 %	2
2	0 à 19 ans	16 %	35 %	38 %	2
	20 à 44 ans	12 %	38 %	37 %	1
	45 à 64 ans	8 %	21 %	19 %	1
	65 ans et +	5 %	6 %	6 %	1
3	0 à 19 ans	15 %	29 %	29 %	2
	20 à 44 ans	13 %	39 %	40 %	2
	45 à 64 ans	10 %	23 %	23 %	2
	65 ans et +	8 %	8 %	8 %	1
4	0 à 19 ans	15 %	26 %	27 %	2
	20 à 44 ans	14 %	36 %	37 %	2
	45 à 64 ans	11 %	28 %	27 %	1
	65 ans et +	8 %	11 %	10 %	1
5	0 à 19 ans	1 %	19 %	17 %	1
	20 à 44 ans	4 %	65 %	70 %	2
	45 à 64 ans	0 %	10 %	8 %	1
	65 ans et +	1 %	7 %	5 %	1
6	0 à 19 ans	15 %	23 %	21 %	2
	20 à 44 ans	14 %	35 %	34 %	2
	45 à 64 ans	11 %	30 %	31 %	2
	65 ans et +	10 %	12 %	14 %	2
7	0 à 19 ans	24 %	27 %	26 %	2
	20 à 44 ans	20 %	33 %	33 %	2
	45 à 64 ans	18 %	28 %	29 %	2
	65 ans et +	14 %	12 %	12 %	2

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Dans toutes les zones et au sein de tous les groupes d'âge, un pourcentage beaucoup plus faible de la population estimée a obtenu des services dans les cliniques ouvertes après les heures normales. Ces cliniques semblent en outre être plus fréquentées par la population plus jeune. Le pourcentage le plus élevé d'utilisateurs par rapport à la population estimée se trouve en effet chez les jeunes, et le plus faible, chez les personnes âgées. C'est exactement l'inverse de ce qu'on constate dans le cas des cabinets de médecin. Au sein des cliniques elles-mêmes, la majorité des patients étaient de jeunes adultes. Cela semble raisonnable si les services sont offerts à des personnes incapables d'obtenir des *rendez-vous en temps opportun* avec leur médecin de famille durant les heures normales de bureau. Les jeunes adultes qui travaillent peuvent effectivement avoir plus de difficulté à trouver du temps pour consulter le médecin, pour eux ou pour leurs enfants. Ils ont donc recours à ces cliniques. Les utilisateurs de tous les groupes d'âge semblent consommer un nombre similaire de services, soit environ deux par année. Cela représente environ la moitié du nombre de services consommés en cabinet de médecin, conforme avec la gestion des problèmes de santé aigus et épisodiques. Ce sont les personnes âgées qui obtiennent le moins grand nombre de services dans ces cliniques, ce qui suggère qu'elles peuvent facilement accéder à leur médecin de famille. Elles pourraient également connaître moins de problèmes aigus pouvant être traités dans de tels contextes. Il serait intéressant de connaître l'utilisation des salles d'urgence par groupes d'âge.

On se préoccupe de plus en plus du nombre croissant de patients qui n'ont pas de médecin de famille. Des données de l'ICIS<sup>44</sup> suggèrent qu'environ 12 pour cent des Néo-Brunswickois n'ont pas d'endroit fixe où aller quand ils sont malades ou ont besoin de conseils quant à leur santé. En mars 2009, on a réalisé un bref sondage sur le nombre estimatif de patients orphelins dans les zones. Il est à noter qu'il n'existe aucun mécanisme uniforme de suivi de ces patients.

Les cliniques ouvertes après les heures normales procurent de leur côté un moyen d'estimer le nombre de ces patients orphelins. En comparant le nombre total de patients identifiés obtenant des soins dans les cabinets ou les cliniques ouvertes après les heures normales avec le nombre de patients identifiés uniquement inscrits dans les cabinets, il est en effet possible de calculer le nombre de patients identifiés qui ont seulement accès aux cliniques. On peut présumer que ces cliniques constituent une solution de rechange pour accéder à des soins de santé primaires quand on n'a pas de médecin de famille. Idéalement, ces données seraient corroborées par celles du système d'information hospitalière, dont le volet inscription inclut de l'information sur les omnipraticiens, mais des renseignements plus détaillés ne sont pas disponibles. On voit à la figure 13 le nombre estimatif de patients qui

44. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

ont uniquement accédé aux services de soins de santé primaires dans des cliniques ouvertes après les heures normales. Ces chiffres sont inférieurs aux estimations de l'ICIS (12 pour cent), mais ne tiennent pas compte des personnes sans médecin de famille qui n'ont pas eu besoin de soins durant la période visée. Le manque de données sur les omnipraticiens salariés vient aussi considérablement affaiblir cette analyse.

Dans la figure 13, la *population estimée* correspond à celle desservie pour chaque groupe d'âge. Par exemple, dans la zone 1, il y a 41 386 enfants de 0 à 19 ans. De ces enfants, 28 956 se sont rendus dans un cabinet de médecine familiale ou une clinique ouverte après les heures normales. On a été en mesure de déterminer que seulement 5 078 d'entre eux n'avaient été qu'à une clinique ouverte après les heures normales en recoupant les données relatives aux deux contextes d'exercice. Ce chiffre représente 12,27 pour cent des enfants de cette région. En tout, 6,95 pour cent de cette population desservie, tous âges confondus, a eu recours à des services après les heures normales d'ouverture.



Figure 13 : Estimation de la population de patients orphelins

Zone		Population estimée	Patients (cabinets et cliniques AHN)	Patients (cliniques ouvertes après les heures normales seulement)	% du groupe d'âge estimé dans la région	% de la population estimée
1	0 à 19 ans	41 386	28 956	5 078	12,27 %	6,95 %
	20 à 44 ans	70 473	47 892	6 316	8,96 %	
	45 à 64 ans	57 248	47 587	2 053	3,59 %	
	65 ans et +	26 596	27 306	295	1,03 %	
2	0 à 19 ans	41 124	27 400	1 726	4,20 %	2,37 %
	20 à 44 ans	59 355	39 333	1 673	2,82 %	
	45 à 64 ans	49 652	41 092	612	1,23 %	
	65 ans et +	24 824	22 885	140	0,56 %	
3	0 à 19 ans	39 810	24 986	1 837	4,61 %	3,09 %
	20 à 44 ans	61 995	36 488	2 550	4,11 %	
	45 à 64 ans	47 504	37 523	815	1,72 %	
	65 ans et +	22 871	21 622	125	0,55 %	
4	0 à 19 ans	10 609	5 640	634	5,98 %	3,20 %
	20 à 44 ans	15 990	10 075	680	4,25 %	
	45 à 64 ans	16 383	12 868	259	1,58 %	
	65 ans et +	7 711	6 844	47	0,61 %	
5	0 à 19 ans	5 881	2 920	39	0,66 %	, 73 %
	20 à 44 ans	8 417	5 308	152	1,81 %	
	45 à 64 ans	9 225	7 766	11	0,12 %	
	65 ans et +	4 758	4 608	4	0,08 %	
6	0 à 19 ans	15 333	10 193	768	5,01 %	3,30 %
	20 à 44 ans	25 019	17 273	1 121	4,48 %	
	45 à 64 ans	27 048	22 629	592	2,19 %	
	65 ans et +	12 491	11 774	152	1,22 %	
7	0 à 19 ans	9 982	6 816	778	7,79 %	4,72 %
	20 à 44 ans	14 636	10 126	894	6,11 %	
	45 à 64 ans	14 110	11 861	423	3,00 %	
	65 ans et +	7 354	7 085	82	1,12 %	
<b>Total</b>		<b>749 785</b>	<b>556 856</b>	<b>29 856</b>	<b>3,98 %</b>	

Source : Services d'Assurance-maladie du Nouveau-Brunswick (2007)

Il y a des écarts importants entre les zones, la zone 1 ayant le plus haut taux de patients orphelins à 6,95 pour cent. Les données de la zone 5 sont importantes, parce qu'elles indiquent que les patients n'ont pas recours aux cliniques ouvertes après les heures normales, mais c'est probablement parce que l'accès à ce type de services est très limité. L'analyse par groupes d'âge fournit de précieux renseignements sur les besoins en matière de soins de santé des patients orphelins. La zone 1 avait toujours un nombre élevé d'enfants et de jeunes adultes n'ayant pas de médecin de famille. Cela suggère que les jeunes familles ont plus de difficulté à obtenir les services d'un omnipraticien, en raison soit de la pénurie de médecins, soit des heures d'ouverture des cabinets. Dans les cliniques ouvertes après les heures normales, les personnes âgées présentaient encore le plus faible pourcentage, suivies de la cohorte des 45 à 64 ans.

Les salles d'urgence constituent un point d'accès de rechange pour obtenir des soins de santé primaires, et ce, tant pour les personnes ayant un médecin de famille que pour les patients orphelins. La figure 14 présente des données sur l'utilisation de ces salles. On y compare la population estimée dans chaque zone au nombre de visites en salle d'urgence. Il est à noter qu'une seule personne peut effectuer plusieurs visites.

**Figure 14 : Taux de visites dans les salles d'urgence par zone**

<b>Zone</b>	<b>Population desservie</b>	<b>Nombre de visites dans les salles d'urgence</b>	<b>Taux d'utilisation (visites par 1 000 personnes)</b>
1	197 703	151 471	766
2	174 952	143 962	823
3	172 180	140 632	817
4	50 693	73 258	1 445
5	28 281	27 324	966
6	79 891	65 839	824
7	46 082	42 090	913
<b>Total</b>	<b>749 782</b>	<b>644 576</b>	<b>766</b>

Source : Rapport annuel du système d'information de gestion (SIG) du Nouveau-Brunswick (2007-2008)

Ces données représentent le nombre de visites et non le nombre de personnes. Le système d'information hospitalière donne un aperçu préliminaire des modes

d'accès aux salles d'urgence. Les taux d'utilisation relativement faibles des cabinets de médecine familiale et des cliniques ouvertes après les heures normales qui apparaissent à la figure 10 pour la zone 4 pourraient être partiellement justifiés par les chiffres de la figure 14, où on constate que cette zone affiche le plus haut pourcentage de visites à l'urgence. Ces données comprennent probablement plusieurs visites par la même personne. Il est intéressant de noter que le plus faible taux d'utilisation des salles d'urgence est affiché par la zone 1. Le taux le plus bas est dans la zone 1, ce qui peut être lié au taux plus élevé de fréquentation des cliniques ouvertes après les heures normales, qui y ont été créées par les médecins des salles d'urgence. Les zones 4, 5 et 6 présentent toutes un pourcentage élevé d'omnipraticiens travaillant principalement dans des salles d'urgence (figure 1) comparativement aux autres zones; cela pourrait également expliquer en partie ces taux d'utilisation plus élevés.

Il semblerait que les cliniques ouvertes après les heures normales et les salles d'urgence jouent un rôle essentiel pour répondre aux besoins en matière de soins de santé primaires, et ce, tant des personnes qui fréquentent un cabinet de médecin que des patients orphelins. Il importe de mieux comprendre leur rôle et de se doter de données sur les médecins de famille salariés de manière à pouvoir mieux planifier les services de santé offerts à la population.

### **Profil des centres de santé communautaires, des centres de santé et de Télé-Soins**

Les centres de santé communautaires, où des soins sont offerts par des équipes interdisciplinaires, représentent un modèle de prestation dont on reconnaît largement le potentiel d'amélioration de l'accès et de gestion des temps d'attente. En 2007, on comptait environ 22 médecins de famille travaillant dans sept CSC. Un de ces centres peut être qualifié d'hybride, puisqu'un omnipraticien rémunéré à l'acte y évolue. Dans les six autres CSC, les médecins de famille sont salariés. Ceux-ci ne présentent pas de factures pro forma, ce qui nous empêche de faire une comparaison avec les données de l'Assurance-maladie. S'il est impossible d'obtenir des données sur le nombre de patients ayant uniquement consulté un médecin de famille, on peut toutefois déterminer le nombre de personnes qui ont accédé à des soins dans un CSC. Dans la zone 1 par exemple, 1 568 patients se sont rendus dans un CSC. On a compté 2 411 visites prévues chez un omnipraticien du centre, et 337 visites sans rendez-vous. Pour les 1 568 personnes qui sont venues, on ne peut cependant déterminer la répartition relative des visites entre les membres de l'équipe de soins. Parmi les gens qui ont effectué des visites sans rendez-vous, on ne sait pas non plus combien considéraient le médecin qu'ils ont vu comme leur médecin de famille.

**Figure 15 : Profil de la clientèle et des visites aux CSC**

Zone	Clients servis	Visites avec rendez-vous	Visites sans rendez-vous
1	1 568	2 411	337
2	6 685	19 848	0
3	10 240	16 697	8 587
5	9 330	3 537	16 259
6	7 025	3 687	14 054

Source : Rapport annuel du SIG du Nouveau-Brunswick (2007-2008)

Les CSC se sont dotés de dossiers médicaux électroniques, mais seule une quantité limitée de données sont conservées à un emplacement central. Les données des centres de Miramichi centre et de Caraquet n'ont pas été incluses dans la figure 15, parce que les omnipraticiens qui y évoluaient étaient payés à l'acte, et les chiffres les concernant seraient comptés avec ceux liés aux omnipraticiens rémunérés de la même façon dans un contexte de cabinet. L'activité de la clinique Gibson a été calculée avec l'activité des CSC de la zone 3. La notion de « clients servis » n'englobe pas nécessairement que les patients ayant consulté un médecin de famille, mais bien toutes les personnes qui ont reçu des soins dans un CSC. Il est toutefois raisonnable de présumer que la grande majorité de ces personnes ont vu un omnipraticien. Le nombre de visites prévues et imprévues correspond plus ou moins à la quantité de services offerts. Les visites imprévues sont celles faites à la clinique sans rendez-vous.

Les données relatives aux centres de santé et aux milieux d'exercice de la profession en collaboration ont été fusionnées aux fins de l'analyse des services aux familles, après les heures normales d'ouverture et d'urgence. S'il pourrait être profitable d'en savoir plus sur ces milieux professionnels, le simple fait de savoir qu'ils existent et qu'on peut en tirer parti constitue déjà un avantage.

## **Télé-Soins**

Le Nouveau-Brunswick a reconnu dès le milieu des années 90 qu'il fallait améliorer l'accès aux soins de santé primaires. Télé-Soins et d'autres lignes d'information sur la santé sont offertes dans toute la province dans les deux langues officielles, sans frais et 24 heures par jour, sept jours par semaine, depuis février 1997. Le service est à l'heure actuelle géré par le ministère de la Santé avec l'aide d'un tiers fournisseur de service, soit la société Sykes. Cette dernière emploie des infirmières qui ont

de l'expérience en matière de soins d'urgence ou ambulatoires. Ces infirmières s'appuient sur des lignes directrices cliniques normalisées et informatisées pour cerner rapidement les besoins des appelants, évaluer la gravité de leurs symptômes et leur fournir des renseignements et des conseils, tout en les aiguillant au besoin vers les ressources appropriées.

Au cours de l'exercice 2007-2008, Télé-Soins a répondu aux appels de 64 000 Néo-Brunswickois et a fourni des conseils à l'égard de plus de 87 000 problèmes de santé. La figure 16 décrit le nombre d'appels par type de service résultant.

**Figure 16 : Appels reçus à Télé-Soins par type de service résultant**

911/envois d'une ambulance	5,1 %
Services communautaires	0,5 %
Service d'urgence — selon les lignes directrices	17,0 %
Service d'urgence — sans les lignes directrices	2,8 %
Autres	0,3 %
Autres fournisseurs de soins de santé	1,2 %
Pharmacies	0,5 %
Aiguillages vers un médecin de famille	37,8 %
Soins autonomes	32,7 %
Aucun précisé	1,7 %

Source : Service Télé-Soins du Nouveau-Brunswick (2007)

Ces chiffres indiquent qu'un ménage sur cinq a utilisé ce service au Nouveau-Brunswick. Les plus grandes utilisatrices sont les femmes en âge d'avoir des enfants, qui ont effectué 22 pour cent des appels concernant des enfants de moins de cinq ans, et huit pour cent des appels concernant des bébés de moins d'un an. La province examine actuellement la possibilité d'utiliser Télé-Soins comme guichet unique pour les patients qui recherchent un médecin de famille.

### **Les infirmières praticiennes et les soins de santé de primaires**

Au début de 2000, le Nouveau-Brunswick a intégré la profession d'infirmière praticienne en partenariat avec des groupes intéressés, notamment l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick (AIINB), la Société médicale du



Nouveau-Brunswick (SMNB) et l'Université du Nouveau-Brunswick. Ces infirmières avaient déjà été reconnues dans d'autres administrations comme principales agentes de la réforme des soins de santé primaires. Grâce à leur champ d'exercice élargi leur permettant non seulement d'évaluer des patients, mais aussi de diagnostiquer et de traiter des maladies, de même qu'à leurs compétences en promotion du mieux-être, en santé de la population et en amélioration des services à la collectivité, elles étaient bien préparées à jouer un rôle majeur dans l'évolution du réseau de soins de santé primaires au sein de la province. Les premières infirmières praticiennes ont été embauchées en 2004; trois ans plus tard, on en comptait 39 évoluant dans divers contextes professionnels. La figure 17 montre les divers établissements de soins et zones où elles travaillaient en 2007-2008.

**Figure 17 : Milieux d'exercice des infirmières praticiennes en 2007-2008**

Cinq centres de santé communautaires	Zones 1, 2, 3, 5 et 6
Douze hôpitaux	Zones 1, 2, 3, 4, 5, 6 et 7
Quatre centres de santé	Zones 2 et 6
Deux établissements psychiatriques	Zones 2
Un centre de santé mentale communautaire	Zone 7
Un bureau de santé publique	Zone 1
Un bureau extramural	Zone 1
Un centre d'exercice de la profession en collaboration	Zone 6

Source : BDRH du ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

Les infirmières praticiennes font dorénavant partie intégrante des équipes de soins du réseau des centres de santé communautaires. En 2007-2008, le SIG indiquait qu'elles y avaient reçu 11 565 visites de patients dans le cadre des centres de santé communautaires.

## Résumé de la situation actuelle

En ce qui a trait à l'accès, on reconnaît le médecin de famille comme le principal prestataire de soins de santé primaires. En 2007, ce sont les jeunes familles qui ont éprouvé le plus de difficulté à obtenir ce type de soins. Les cliniques ouvertes après les heures normales semblent cependant combler un besoin important auprès de ces familles en leur donnant accès les soirs et les fins de semaine. Les aînés de leur côté semblent disposer souvent d'un médecin de famille qui, pour gérer leurs maladies chroniques concomitantes, exige des visites plus fréquentes. Il serait utile

de mieux comprendre l'importance des salles d'urgence dans la prestation des soins de santé primaires. Il serait également important d'avoir une source de données économiques, cliniques et relatives à la consommation des soins qui pourraient servir à comparer divers contextes de soins de santé primaires, comme les centres de santé communautaires, les centres de santé, les salles d'urgence, les cabinets et les cliniques ouvertes après les heures normales. La province a par ailleurs été l'une des premières à adopter de nouvelles technologies et s'est dotée d'un système de Télé-Soins intégré qui semble être une ressource importante pour les mères de jeunes enfants.

En 2007, on estime que 80 pour cent de la population du Nouveau-Brunswick a accédé à un médecin de famille par l'intermédiaire de cabinets privés, de cliniques ouvertes après les heures normales ou de centres de santé communautaires. Une analyse comparative de la consommation des soins prodigués en cabinets et en cliniques ouvertes après les heures normales fait ressortir d'importantes différences au chapitre des modes d'accès par zones et groupes d'âge. En moyenne, on comptait un omnipraticien pour chaque tranche de 1 559 personnes. Ce chiffre ne tient cependant pas compte du nombre d'heures de travail des médecins, ni des endroits où ils exerçaient. On a ensuite cherché à mieux comprendre l'accès aux cabinets et aux cliniques ouvertes après les heures normales. De manière générale, environ 70 pour cent de la population a consulté un médecin dans un cabinet. Les adultes d'âge moyen ou plus vieux ont été ceux qui en ont le plus profité, en consommant près de 60 pour cent des soins offerts dans ce contexte. Les personnes âgées ont aussi été celles qui affichent le plus grand nombre de visites par patient. Les cliniques ouvertes après les heures normales ont pour leur part été utilisées par approximativement 16 pour cent de la population. Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui y ont eu recours le plus souvent, et qui ont consommé le plus fort pourcentage des soins offerts dans ce contexte. Généralement, les patients ont consulté leur médecin de famille deux fois plus souvent en cabinets qu'en cliniques ouvertes après les heures normales. On a en outre constaté des différences considérables d'une zone à l'autre au chapitre de l'accès aux cliniques. En effet, les zones 1 et 7 présentaient des taux d'utilisation considérablement plus élevés que les autres (ces taux étaient principalement attribuables à l'achalandage des jeunes adultes). On a aussi réalisé une analyse croisée des cabinets et des cliniques ouvertes après les heures normales afin de cerner les patients qui n'accédaient qu'à ces dernières. Il semble qu'il y ait une cohorte plus importante d'utilisateurs pour lesquels on ne détient aucune donnée probante indiquant s'ils disposent d'un médecin de famille. On présume donc qu'ils pourraient être des patients orphelins. Dans le bassin d'utilisateurs de cliniques ouvertes après les heures normales n'ayant pas d'omnipraticien, les jeunes familles sont surreprésentées. La combinaison « omnipraticien/lieux principaux d'exercice » pourrait fortement influencer les modes d'accès. Par exemple, dans la zone 5, 58 pour cent des omnipraticiens travaillaient

principalement en salle d'urgence. Ce pourcentage est beaucoup plus élevé que dans le reste de la province. Lorsqu'on analyse les soins de santé primaires dans cette zone, seulement 41 pour cent de la population estimée avait obtenu des soins de santé dans un cabinet ou une clinique ouverte après les heures normales, comparativement aux autres zones où ce pourcentage se situait entre 70 et 77 pour cent. Cette zone a également le deuxième taux le plus élevé de visites à l'urgence par la population estimée. Dans la réalité, les patients se rendaient tout simplement là où étaient les médecins. Le rapport du nombre de médecins de famille par population desservie était le plus bas dans la zone 1, même si la quantité de patients orphelins et le recours aux cliniques ouvertes après les heures normales y étaient élevés. Cela mérite une étude plus approfondie.

La récente introduction des infirmières praticiennes a produit des résultats prometteurs. Bien qu'on en compte encore relativement peu, elles sont acceptées dans de plus en plus de contextes d'exercice d'un bout à l'autre de la province. Dans les centres de santé communautaires, elles ont considérablement amélioré l'accès pour leurs populations de patients.

### **Accès : situation visée**

En matière de soins de santé primaires, on met davantage l'accent sur les ressources communautaires que sur les hôpitaux; c'est le médecin de famille qui assure le continuum des soins primaires, de même que les liaisons entre les organismes communautaires et les établissements hospitaliers. Les patients gagneraient à avoir un meilleur accès aux services de dépistage, de promotion de la santé et de soutien à l'autogestion.<sup>45</sup> La plupart des provinces adoptent donc des mesures incitatives en matière de facturation à l'acte, pour favoriser l'amélioration de la gestion des maladies chroniques. Divers travaux de recherche indiquent en effet que les patients qui requièrent plus de soins, comme ceux atteints de telles maladies, étaient notablement mieux soignés et engendraient un fardeau économique moindre pour le système de santé quand ils étaient rattachés à un omnipraticien des soins de santé primaires.<sup>46</sup>

Les ententes salariales peuvent être un facteur important dans la détermination des combinaisons requises pour la prestation de soins de santé primaires. Les discussions sur la rémunération doivent également tenir compte des « types » de service assurables ou facturables. À l'heure actuelle, les activités de prévention, comme les examens périodiques de santé, ne sont pas assurées, et ce, même s'il est bien établi que le diagnostic précoce et le counseling permettent d'améliorer les résultats de

45. <http://www.ihl.org/IHI/Topics/ChronicConditions>

46. Institut canadien d'information sur la santé (juillet 2009), *Expériences vécues en soins de santé primaires au Canada*, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse\\_phc\\_aib\\_fr.pdf](http://secure.cihi.ca/cihiweb/products/cse_phc_aib_fr.pdf)

santé. Cette constatation doit être reconnue et intégrée au modèle de rémunération afin que les omnipraticiens soient soutenus et encouragés à offrir un agencement optimal de ce genre de services.

L'omnipraticien est traditionnellement responsable des soins de santé primaires. Cela comprend l'évaluation, le diagnostic et le traitement des patients, ainsi que leur aiguillage vers d'autres niveaux de soins ou d'autres types de services au besoin. Les médecins de famille signalent que, pour la plupart des gens, le système de soins de santé va rarement au-delà de ces services de base.<sup>47</sup>

Ce processus « d'aiguillage » reflète l'isolement relatif des omnipraticiens évoluant dans des cabinets. S'ils agissent comme premiers intervenants et assurent l'accès à d'autres fournisseurs de soins, ils reçoivent peu de soutien immédiat pour la gestion des besoins en matière de soins de santé primaires de leurs patients.

Certains services ont été créés, comme dans le cas des cliniques d'enseignement sur le diabète (CED), mais ces services sont souvent offerts dans de grands hôpitaux tertiaires durant les heures normales d'ouverture. De plus, ces services affichent souvent des taux de défection élevés. Ils doivent être offerts plus près des résidences des patients, et en dehors des heures normales afin de ne pas entrer en conflit avec le travail de ces derniers. À titre d'exemple, les séances d'information sur le diabète pourraient avoir lieu le soir ou la fin de semaine, ou encore être offertes dans des formats émergents, comme les modules d'autoapprentissage en ligne. Il faudrait également se doter de programmes coordonnés pour la prévention et la détection précoce des maladies chroniques. Le modèle conceptuel de gestion de ces maladies doit en outre être élargi de manière à intégrer les troubles mentaux et les dépendances.

L'atteinte d'un équilibre entre le travail et les besoins personnels des fournisseurs de soins est un facteur important pour assurer la durabilité des ressources humaines. Le modèle traditionnel du médecin de campagne sur appel à toute heure du jour et de la nuit n'est pas viable. Au fil du temps, les médecins de famille ont mis diverses solutions à l'essai, comme les groupes de pratique, afin de s'assurer que leurs patients ont accès à des soins en continu. Même s'il existe certains renseignements sur l'utilisation des soins de santé primaires, le manque de données de surveillance complètes, portant notamment sur les temps d'attente, nuit gravement à la capacité tant de comprendre quels sont les lacunes et les défis à relever, que de pouvoir élaborer des solutions pouvant être évaluées de manière à déterminer si les enjeux ont été résolus.

Des données préliminaires sur les soins de santé primaires ont permis de cerner plusieurs secteurs qui mériteraient des enquêtes plus approfondies. Le CCSSP

47. Collège des médecins de famille du Canada (avril 2008), p. 12



encourage fortement une surveillance détaillée et continue de l'accès à ces soins au moyen de ce qu'on pourrait appeler un « tableau indicateur ». L'information qu'on pourrait ainsi obtenir offrirait le potentiel d'établir des jalons critiques pour des initiatives d'amélioration continue de la qualité.

La construction d'hôpitaux ruraux a permis à de plus grandes équipes de fournir les soins essentiels dans des salles d'urgence. Aujourd'hui, on reconnaît que ces dernières ne sont pas un lieu approprié pour offrir des soins de santé primaires et qu'en fait, la centralisation des soins tertiaires crée des problèmes d'accessibilité pour les populations rurales. L'introduction de cliniques ouvertes après les heures normales et de services comme Télé-Soins constitue une solution partielle. Les Néo-Brunswickois continuent cependant d'avoir de la difficulté à obtenir des soins en continu. Il semble notamment que les jeunes familles sont plus grandes utilisatrices tant des cliniques ouvertes après les heures normales que de Télé-Soins. Cet état de choses pourrait être attribuable à l'impossibilité de trouver un médecin de famille ou d'obtenir soit un rendez-vous, soit de l'information après les heures normales de travail. Des approches novatrices, faisant appel à des équipes, à de nouveaux mécanismes de financement et à la technologie, sont requises pour créer un réseau durable de soins de santé primaires accessibles, disponibles, adéquats et abordables pour les Néo-Brunswickois.

Il faudra aussi élaborer de nouvelles approches pour composer avec cet enjeu de plus en plus criant qu'est le vieillissement accéléré de la population. La structure sociale a beaucoup changé et plusieurs personnes âgées n'ont plus accès aux réseaux de soutien formés par leurs enfants et leur famille. On note en outre des lacunes au chapitre du milieu bâti et des résidences où ces personnes pourraient demeurer indépendantes avec un certain degré d'assistance. Les hôpitaux sont devenus des points de service implicites pour les personnes âgées plus fragiles qui attendent une place dans des établissements de soins de longue durée. Les modèles de services pourraient notamment inclure une personnalisation du milieu bâti de manière donner accès à des résidences dotées d'équipes de soins de santé sur place. De leur côté, les technologies de télésanté pourraient aider à améliorer l'accès aux soins en permettant d'effectuer des visites « virtuelles » au domicile des personnes âgées, ce qui aurait pour effet d'amenuiser les obstacles liés à la distance ou aux problèmes de mobilité. Si des percées ont été faites dans la formation de personnel de soins à domicile, il y a toujours d'importantes lacunes et des possibilités d'améliorer encore plus l'accès aux services de travailleurs fiables, qualifiés et abordables. Or, ces solutions ne peuvent relever exclusivement de l'équipe de soins de santé; elles doivent engager la participation de tous les secteurs du gouvernement. Un des principaux partenaires sera le ministère du Développement social.



De nombreuses anecdotes illustrent les défis que plusieurs familles doivent relever pour se rendre à des rendez-vous de santé en tenant compte de facteurs géographiques, financiers ou culturels. Il faudra donc formuler des stratégies coordonnées pour assurer l'accès à des moyens de transport en commun abordables, accessibles et disponibles. On devra faire en sorte que toutes les familles puissent satisfaire leurs besoins élémentaires, comme se loger adéquatement, se nourrir et obtenir les autres nécessités de la vie, tout en ayant les moyens de payer les articles liés à leur santé, comme les médicaments sur ordonnance, les fournitures de soins et les dispositifs d'aide aux activités quotidiennes. Nous devons résoudre le dilemme auquel font face les travailleurs pauvres qui n'ont souvent pas d'assurance privée ou qui sont mal couverts par leurs régimes d'assurance-maladie. Comme on l'a fait ailleurs en matière de services de santé, le Nouveau-Brunswick devra tenir compte dans sa planification des réalités urbaines/rurales, ainsi que de la diversité culturelle des populations francophones, anglophones, autochtones ou autres qui occupent son territoire.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre de l'accès aux soins pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- il faut faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille;
- tous les citoyens doivent être en mesure de consulter le « bon » fournisseur de soins au « bon » endroit, au « bon » moment et au « bon » prix — autrement dit, chacun doit avoir « accès à des soins de santé disponibles, accessibles, adéquats et abordables »;
- les services en santé mentale doivent être reconnus comme une importante composante des soins de santé primaires, de manière à pouvoir composer avec la prise de conscience croissante à l'égard du fardeau des soins liés à la santé mentale;
- les gens doivent savoir où et comment accéder au système de santé;
- les patients doivent être appuyés dans leur expérience tout au long du continuum, des soins primaires jusqu'aux soins tertiaires, et des installations communautaires jusqu'aux grands établissements de santé;
- des mécanismes de surveillance doivent être mis en place pour évaluer régulièrement les soins de santé primaires au moyen d'un « tableau indicateur » du niveau d'accès, de manière à favoriser l'établissement de jalons et l'amélioration continue de la qualité.

## Pilier 2 — Équipes de soins : la situation actuelle

Il existe de nombreux exemples d'équipes de soins officielles ou officieuses au Nouveau-Brunswick. Dans quelques collectivités, les omnipraticiens ont notamment tissé des liens informels de soutien avec d'autres fournisseurs de services au sein du réseau hospitalier ou du secteur privé. Si cela est certainement utile, ce soutien s'exprime principalement sous forme d'aiguillages qui traduisent une approche plus parallèle qu'intégrée.

Les équipes « officielles », formées de professionnels provenant d'un vaste éventail de milieux, y compris les centres de santé communautaires, les centres de santé mentale communautaires, les centres de santé, des programmes extramuraux, ainsi que les organismes de soins primaires ou de santé publique, assurent la prestation de programmes et de services exceptionnels et novateurs partout dans la province. Nous avons profité de l'occasion qui nous était fournie pour signaler quelques initiatives qui illustrent la qualité du travail d'équipe qu'on trouve déjà au Nouveau-Brunswick, et pour souligner l'importance de tirer parti du talent et de l'expertise qui existent dans la province. En voici quelques exemples.

- Des équipes interdisciplinaires habituellement formées de psychologues, d'infirmières, de travailleurs sociaux et de personnel auxiliaire, comme des conseillers en services sociaux et en valorisation du travail, évoluent dans les 14 centres de santé mentale communautaires et leurs cliniques satellites pour répondre aux besoins en santé mentale des populations qu'elles desservent.
- On compte 20 centres de santé qui n'employaient autrefois que des infirmières et des médecins, mais qui se dotent maintenant d'autres fournisseurs, comme des diététistes et des médecins spécialistes. Ces centres ont été introduits en 1975 dans les collectivités rurales, en guise de stratégie visant à attirer et à conserver les médecins de famille.
- En 2003, la province a créé les premiers centres de santé communautaires, reconnaissant davantage l'importance et la valeur des équipes de soins de santé. Les équipes interdisciplinaires qui y évoluent se composent normalement d'infirmières, de médecins de famille, de diététistes, de travailleurs sociaux et de thérapeutes en réadaptation.
- En janvier 2010, 51 infirmières praticiennes étaient employées par les régies régionales de la santé dans divers contextes d'exercice, y compris des cliniques d'exercice de la profession en collaboration avec des médecins d'un bout à l'autre de la province.
- Depuis le début des années 90, le personnel de la santé publique, en collaboration avec le ministère du Développement social, le ministère de l'Éducation et des partenaires communautaires, travaille à la mise en œuvre de programmes et de services axés sur les enfants et la famille.

- Le réseau hospitalier a aussi créé des équipes officielles pour des initiatives comme les centres d'enseignement du diabète et les programmes de réadaptation. Dans les centres d'enseignement du diabète par exemple, un petit groupe normalement formé d'infirmières et de diététistes est disponible pour conseiller les clients aiguillés par les omnipraticiens.
- Le Programme extra-mural dispose également d'une équipe interdisciplinaire qui offre des soins à domicile aux patients du Nouveau-Brunswick, le plus souvent à la suite de l'aiguillage direct d'un omnipraticien. Cette équipe comprend notamment des infirmières, des inhalothérapeutes, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes et des travailleurs sociaux, qui ont fait en sorte que le Programme extra-mural soit reconnu partout au Canada comme étant un modèle exemplaire de prestation de soins communautaires.

On trouve dans la documentation actuelle plusieurs exemples où le travail d'équipe a permis d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système de santé. Le Group Health Centre de Sault Ste. Marie continue d'être une chef de file dans le domaine, en mettant de l'avant des approches d'équipe couronnées de succès.<sup>48</sup> Le projet Tabor, faisant maintenant partie du Chinook Primary Care Network, en Alberta, est un exemple récent de la façon dont les médecins de famille assurant des soins primaires ont transformé leur pratique pour inclure une approche d'équipe. Ces omnipraticiens ont ainsi été en mesure d'offrir des soins plus complets et ont fait en sorte que la population puisse accéder aux soins de santé primaires en tout temps. Cette façon de faire s'est traduite par une meilleure utilisation des pratiques exemplaires en gestion de l'asthme, ce qui a permis de réduire les admissions à l'hôpital et les visites à l'urgence, d'effectuer un suivi plus serré de l'hémoglobine glycatée et de mieux dépister les cancers du sein et colorectaux.<sup>49</sup>

48. Group Health Centre, <http://www.ghc.on.ca/programs/content.html?siD=30>

49. Communication personnelle du Dr R. Wedell (septembre 2008).

## Travail en équipe : situation visée

Le Nouveau-Brunswick doit créer des réseaux de soins de santé primaires, tout en élaborant des modèles de prestation novateurs qui feront en sorte que tous les citoyens aient accès à un médecin de famille soutenu par une équipe interdisciplinaire. Les omnipraticiens du secteur privé affirment en effet qu'une collaboration avec divers professionnels de la santé complémentaires serait avantageuse tant pour les patients que pour le système de santé dans son ensemble.<sup>50</sup> On peut notamment penser aux diététistes, qui sont formés et équipés pour aider les patients qui doivent adopter de meilleures habitudes alimentaires. En présence de tels intervenants, les patients sont en mesure d'obtenir tout le soutien voulu en temps opportun, et les membres de l'équipe peuvent collaborer de manière à adopter des plans de soins systématiques et cohérents. Cette efficacité accrue ferait en sorte que les omnipraticiens puissent partager la responsabilité des soins avec d'autres fournisseurs, leur permettant du même coup de voir un plus grand nombre de patients, ce qui avantagerait la population dans son ensemble.

Le travail d'équipe changera le contexte des soins de santé primaires et servira de cadre pour améliorer la qualité des services, l'accès à ces derniers, de même que la santé et le mieux-être de la population en général.

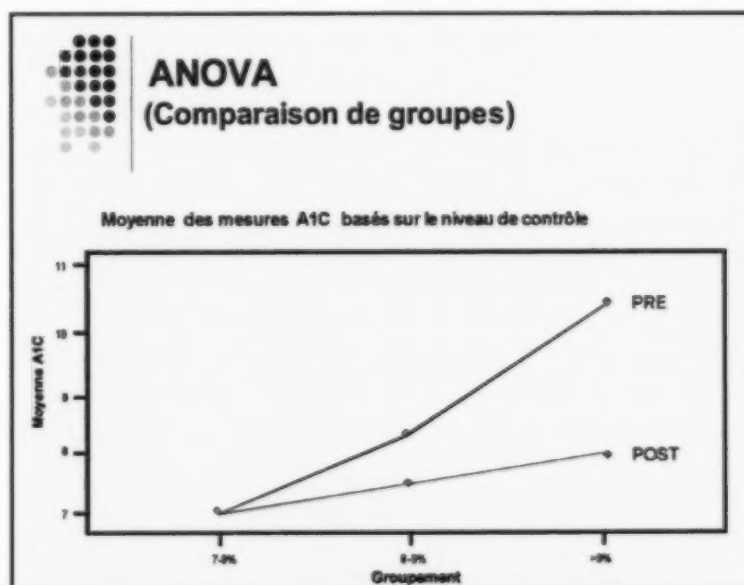
Cela changera notre façon de fonctionner. Une collaboration axée sur la personne est au cœur du travail d'équipe. Les activités sont ainsi coordonnées de manière à assurer l'exhaustivité et la continuité des soins offerts aux patients. Dans un contexte de prestation de soins en collaboration, les besoins sont pris en charge par une équipe de travailleurs de la santé et sont comblés par le fournisseur approprié.

---

50. Collège des médecins de famille du Canada (octobre 2009), Les soins de première ligne centrés sur les patients au Canada : Concept du Medical Home, [http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF\\_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20\(Oct%202029\).pdf](http://www.cfpc.ca/local/files/CME/FMF_2009/news/Medical%20Home%20paper%20FINAL%20FRENCH%20(Oct%202029).pdf)

## Les questionnaires de cas améliorent les résultats!

Depuis 2005, une infirmière-éducatrice en matière de diabète voit régulièrement des patients sélectionnés par des médecins de famille évoluant dans plus de 34 cabinets privés. En général, ces consultations comprennent un survol du dossier, une évaluation du patient, une formation pour ce dernier et la formulation de recommandations au médecin au sujet d'éventuelles modifications aux traitements ou d'aiguillages possibles. En 2008, on a compté 1 049 de ces consultations.



L'endocrinologue locale affirme qu'elle ne croule plus sous les demandes de transition à l'insuline pour les patients atteints de diabète de type 2. Les médecins sont également satisfaits, et sont d'avis que leurs patients profitent de la collaboration étroite qui existe au sein de leur guichet médical.

L'indicateur-témoin utilisé dans la gestion globale du diabète est le taux d'hémoglobine Hgb A1C, dont un seuil de 7 pour cent est généralement accepté comme déclencheur de traitement glycémique. Une étude ponctuelle a permis de déterminer que chez 465 patients, on avait constaté une baisse de ce taux de 0,774 pour cent ( $p < 0,0001$ ), ce qui suggère une amélioration notable au chapitre de la gestion globale des patients.

Pour en savoir plus, prière de communiquer avec P. Ryder, de la zone 1SE.



Les équipes de soins de santé primaires devront s'efforcer d'aider les patients à gérer leurs problèmes de santé et à optimiser leur mieux-être. Le Collège des médecins de famille du Canada (2007) attribue au médecin de famille le rôle principal de coordonner les soins aux patients, de maintenir la continuité de ces soins et de s'assurer qu'ils sont complets et accessibles. En effet, il pourrait se révéler plus efficace d'élargir les fonctions actuelles des omnipraticiens de simples « fournisseurs de soins de santé primaires » à « gestionnaires de la santé et du mieux-être des patients ». Dans ce nouveau rôle, les médecins pourraient être appelés à diriger et à surveiller les soins offerts par une équipe, à appuyer des initiatives visant les déterminants de la santé et à limiter les facteurs de risque, ainsi qu'à motiver et à éduquer les patients qui veulent changer leur mode de vie. Dans d'autres modèles, le coordonnateur des soins pourrait être le fournisseur détenant le plus d'information sur le patient, ou être celui choisi par ce dernier. Ce qui importe, c'est de faire en sorte que quelqu'un soit responsable de s'assurer que les gens reçoivent les bons soins, au bon moment et au bon endroit. Comme l'a précisé un des membres du CCSSP, ce ne sont pas les équipes en tant qu'entités qui doivent être tenues responsables, mais bien les personnes qui les composent.

Les équipes interdisciplinaires auront besoin d'établir des liens avec les collectivités, où existent d'autres programmes susceptibles de rehausser les plans de traitement des patients. On peut notamment penser à des ressources comme les groupes d'aide et de soutien, les centres d'exercices physiques, etc. L'établissement de telles relations par l'intermédiaire d'interactions avec les organisations non gouvernementales, les organismes de santé, les groupes consultatifs communautaires, les décideurs, etc. sera essentiel pour répondre aux besoins élargis de la population en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé. Il faudra également déterminer comment solliciter la participation d'autres intervenants et miser sur leurs forces pour améliorer la prestation des soins de santé primaires. Les fournisseurs de « services de santé » ne sont qu'une composante du réseau; la création de systèmes durables exigera l'adoption de stratégies communautaires globales aptes à promouvoir la santé et le mieux-être au sein des collectivités.

Toutefois, les changements ne se font généralement pas sans heurts. Beaucoup de leçons ont pu être tirées de projets-pilotes exigeant la mise en place d'équipes dans un contexte de soins de santé primaires. Cette transformation devra être soutenue par une stratégie de gestion solide apte à développer les compétences requises pour mettre sur pied des modes de pratique positifs. Toutes les organisations professionnelles se dotent de critères pour déterminer quand et comment leurs services seront offerts, le cas échéant. Bien entendu, pour qu'une équipe soit efficace, il faut comprendre la façon de fonctionner des différents membres et d'appuyer le développement d'aptitudes en collaboration. Certains fournisseurs devront être

convaincus que le fonctionnement en équipe est plus avantageux que leur manière actuelle de procéder. Les membres des équipes devront comprendre, valoriser et respecter les compétences de leurs collègues et avoir confiance en elles.

Les équipes devraient être organisées de manière à favoriser la formation professionnelle de nouveaux praticiens et à fournir des lieux de préceptorat en prestation de soins de santé primaires. Cela aiderait à faire en sorte que les étudiants soient exposés à ce type de services, leur donnant du même coup l'occasion de développer des compétences en travail d'équipe. On faciliterait en outre le recrutement des diplômés dans ce type de contextes.

Il faudra toutefois clarifier la notion d'équipe en définissant la manière de les former, en expliquant la valeur relative du travail « sur place » par rapport aux interactions « virtuelles » et en précisant les mécanismes de gouvernance et de gestion des activités quotidiennes. Les avantages et les inconvénients de chaque modèle pourraient devoir être déterminés au cas par cas, en tenant compte des caractéristiques du milieu de travail, comme l'espace disponible, le principal bassin de population et la prévalence des maladies chroniques.

Le passage au travail d'équipe exigera de la clairvoyance, un leadership engagé et l'appui d'habiles promoteurs. Un solide soutien administratif et une bonne intendance seront aussi nécessaires. Il sera également important d'obtenir les ressources requises — temps, argent, possibilités de formation et professionnels — pour appuyer la création et la prestation des services et pour assurer un accès équitable dans la province, sur les plans tant géographique que culturel. Nous recommandons l'adoption d'un plan de mise en œuvre graduelle, soit l'élaboration de petits projets de changement qui pourront ensuite être mis à l'essai, modifiés et appliqués ailleurs.

Le changement de structure des régions régionales de la santé du Nouveau-Brunswick fournit l'occasion de mettre les soins de santé primaires de l'avant, d'en augmenter l'efficacité et de les utiliser comme ajout — et non comme remplacement — à la prestation traditionnelle des services médicaux. Le CCSSP soutient le rôle de postes de haut niveau (p. ex. vice-président Santé communautaire/soins de santé primaires) au sein de chacune des deux nouvelles régions. Les personnes choisies devraient avoir pour mandat de coordonner toutes les activités de soins de santé primaires dans les zones desservies. On pourrait ainsi assurer une approche intégrée, en établissant des ponts tout le long du continuum de soins.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre des équipes de soins de santé primaires pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- on doit inculquer aux professionnels de la santé en cours de formation une philosophie du travail en équipes multidisciplinaires;
- un mécanisme soutenu par les régies régionales de la santé doit être mis en place pour aider les professionnels de la santé complémentaires à s'intégrer au sein d'un réseau de soins de santé primaires;
- on doit prévoir des soutiens organisationnels et éducatifs aptes à favoriser la création d'équipes, y compris au chapitre de la gestion continue;
- les rôles que les fournisseurs jouent en fonction de leurs compétences doivent être bien compris, et il doit y avoir un niveau élevé de confiance et de respect entre les divers membres des équipes;
- les chaînes hiérarchiques doivent être clairement comprises et intégrées dans le fonctionnement des équipes;
- les fournisseurs de soins de santé primaires doivent offrir des services complets, que ce soit à l'hôpital, sur appel, dans le cabinet, en clinique ou à domicile;
- des partenariats efficaces doivent être établis entre les équipes multidisciplinaires, les organisations non gouvernementales et les collectivités.

### Pilier 3 — Renseignements opportuns : la situation actuelle

Actuellement, les fournisseurs de soins de santé primaires fondent la prestation de leurs services sur une variété de sources d'information. Les médecins de famille ont généralement un dossier papier, qui contient les notes sur les examens cliniques et les visites précédentes. Les cabinets privés de médecine familiale sont généralement en mesure d'établir des liens avec leur régie régionale de la santé ou l'hôpital local afin d'accéder aux données de laboratoire conservées dans le dépôt. Bien que toutes les zones possèdent une base électronique contenant les renseignements sur les patients, ces données ne passent pas d'une zone à l'autre. Dans la zone 6, leur transmission exige beaucoup de temps, et ce, même dans le cas des établissements desservis. Cela peut entraîner des retards ou des erreurs au chapitre du diagnostic ou du traitement des patients, ou encore un redoublement inutile de tests et d'investigations. Le Nouveau-Brunswick s'est engagé à créer un registre électronique provincial des données sur les patients qui serait accessible de partout où ces derniers se présentent pour obtenir des soins. Ce registre est en cours de mise au point et devrait être partiellement fonctionnel d'ici l'an prochain.

Si diverses portes permettent aux patients d'accéder au système de santé, la communication ou l'échange de données entre points de services se révèle être un problème courant. On trouve ci-dessous une description détaillée des cliniques sans rendez-vous, de Télé-Soins et des centres de santé communautaires, en soulignant les processus complexes qui sous-tendent le partage des renseignements entre ces différents contextes.

**Cliniques ouvertes après les heures normales** — *Les cliniques sans rendez-vous sont devenues un moyen rapide de consulter un médecin. Si elles comblent une lacune, il est difficile pour les omnipraticiens qui travaillent après les heures normales de bien gérer leur clientèle sans l'appui d'antécédents médicaux. Il est également difficile pour les omnipraticiens d'évaluer l'état de santé de leurs patients réguliers sans connaître les traitements reçus dans des cliniques ouvertes après les heures normales. Métaphoriquement, les cliniques sans rendez-vous sont associées à des « services au volant », sans suivi.*

**Télé-Soins** — *On se préoccupe souvent du manque de communication entre le service Télé-Soins et les médecins de famille. Auparavant, c'est à ces derniers qu'on demandait conseil; ils connaissaient donc les préoccupations de leurs patients et tout ce qu'on leur avait dit sur le plan médical. Bien que la population soit encouragée à utiliser Télé-Soins, il n'existe aucun mécanisme d'enregistrement des appels et des recommandations formulées, et ces renseignements ne sont jamais envoyés aux omnipraticiens. Sur le plan anecdotique, les médecins affirment en outre que les patients mentionnent rarement qu'ils ont fait appel à ce service.*

**Centres de santé communautaires (CSC)** — *La majorité des CSC disposent d'une « clinique sans rendez-vous ». Les citoyens non inscrits peuvent accéder à cette clinique, de même qu'à tous les autres services offerts par l'équipe de soins en place, comme ceux d'une diététiste, d'une infirmière, etc. Si les communications au sein de l'équipe elle-même sont facilitées par un dossier électronique, il y a peu de mécanismes permettant de communiquer avec les fournisseurs qui ne sont pas directement liés au CSC.*

La province met actuellement en œuvre un programme de surveillance de certains médicaments contrôlés dans le cadre d'une stratégie visant à gérer le problème croissant de la dépendance aux opiacés. Un système de contrôle et de suivi sera mis en place pour vérifier la prescription de narcotiques sous ordonnance et informer les omnipraticiens à cet égard.

Les dossiers médicaux électroniques ont fait l'objet de discussions continues au sein de la collectivité médicale. Une étude effectuée par le Commonwealth Fund en 2009<sup>51</sup> indique que seulement 37 pour cent des omnipraticiens en soins de santé primaires au Canada utilisent de tels dossiers sous une forme ou une autre, soit le taux le plus faible parmi tous les pays visés. Un sondage réalisé par la Société médicale du Nouveau-Brunswick en 2005 a quant à lui permis de déterminer que 39 pour cent des médecins interrogés utilisaient des ordinateurs pour fixer leurs rendez-vous, et que 26 pour cent d'entre eux disposaient de dossiers médicaux électroniques. Ce sondage portait sur l'usage de la technologie en général, et pouvait inclure des médecins de famille qui ne l'utilisaient qu'aux fins de facturation et d'établissement d'horaires. Par ailleurs, on ne sait pas combien d'omnipraticiens se sont procuré un logiciel de dossier médical électronique. Seuls les centres de santé communautaires ont été dotés du dossier médical électronique Purkinje, qui est le seul à avoir une interface avec le système d'information hospitalière.

Le Système de prestation de services aux clients (SPSC) et le Système de statistiques régionales sur les dépendances (SSRD, ou RASS) ont été mis en place, mais n'ont pas d'interface avec le système d'information hospitalière non plus, et leurs données ne sont transmises ni à l'échelle provinciale, ni à l'échelle nationale à l'ICIS. Tous ces systèmes sont hébergés séparément. Il n'existe en outre aucun organisme central responsable de ces systèmes d'information. Les problèmes liés à l'obtention d'information sur les patients dans des registres électroniques sans interface et ne

51. C. Schoen et coll., *The Commonwealth Fund* (5 novembre 2009), *A Survey of Primary Care Physicians in Eleven Countries: Perspectives on Care, Costs, and Experiences*, 2009, Health Affairs Web Exclusive, p. 1171-1183, <http://www.commonwealthfund.org/Content/Publications/In-the-Literature/2009/Nov/A-Survey-of-Primary-Care-Physicians.aspx>



partageant ni un ensemble commun ni une définition normalisée des données apparaissent évidents. Le fait que les dossiers de patient puissent exister à plusieurs endroits n'ayant aucun lien les uns avec les autres et n'offrant pas de portail commun illustre bien les défis qu'il faudra relever pour gérer les soins dans un environnement électronique. Ces problèmes sont par ailleurs exacerbés par la coexistence de dossiers papier.

Quels sont les coûts de ces lacunes de communication pour les patients? Le Dr Alvarez, président et chef de la direction d'Inforoute santé du Canada, a présenté les faits suivants :

- sur 1 000 hospitalisations, 75 ont donné lieu à un événement iatrogène médicamenteux;
- sur 1 000 patients qui ont eu recours à des soins ambulatoires, 20 ont subi un événement iatrogène médicamenteux grave;
- sur 1 000 patients qui ont obtenu leur congé de l'hôpital, 90 ont subi un événement iatrogène médicamenteux grave;
- sur 1 000 tests de laboratoire qui ont été effectués, jusqu'à 150 ont été inutiles (fourchette entre 50 et 150);
- sur 1 000 patients qui se sont rendus à l'urgence, 320 ont dû prolonger leur visite de 1,2 heure en moyenne;
- sur 1 000 Canadiens à qui on a recommandé de se protéger contre la grippe, entre 370 et 430 n'ont pas été vaccinés.<sup>52</sup>

Il importe de comprendre l'activité au sein du système de santé et à l'échelle de la santé de la population. Comme on l'a indiqué plus tôt dans la section sur l'accès, il n'existe encore aucun système de surveillance des soins de santé primaires. Même s'il y a beaucoup de renseignements disponibles, l'absence de normes au chapitre des jeux de données minimaux, des définitions, des outils de recherche, des ententes de confidentialité avec les patients, etc. est un obstacle majeur. Le fait qu'on n'ait pas désigné d'organisme central responsable du stockage et de la gestion de ces renseignements constitue un obstacle de plus, parce qu'on ne peut développer le mandat ou l'expertise nécessaire pour une situation d'une telle complexité. Il devient donc difficile de savoir ce qui se passe au sein du système de santé, d'évaluer les programmes d'amélioration de la qualité ou encore de cerner les secteurs d'excellence ou laissant à désirer.

---

52. R. Alvarez, E-health in Canada, Transforming health care and fostering innovation, présentation au MS du Nouveau-Brunswick, Fredericton (N.-B.), 11 mars 2009

## Renseignements opportuns : situation visée

Il paraît évident qu'il faudra mettre au point des processus efficaces et efficients pour la communication de renseignements entre tous les intervenants, et établir des processus de tenue de documents aptes à créer des dossiers de santé cumulatifs. Aux fins de planification et d'amélioration continue, on devra aussi pouvoir compter sur des renseignements valides et fiables à l'égard des mécanismes de prestation.

Il importe en effet de pouvoir accéder à des données crédibles en temps opportun pour offrir des soins efficaces et permettre aux fournisseurs de collaborer entre eux. Les communications efficaces au niveau organisationnel et interpersonnel sont au cœur d'une collaboration interdisciplinaire productive dans le domaine des soins de santé.<sup>53</sup>

Le CCSSP a défini plusieurs sources et types de données susceptibles de fournir des renseignements indispensables pour soutenir le renouvellement et la réorganisation continus du système de soins de santé primaires. Pour offrir des services efficaces et adéquats, il est en effet essentiel de disposer de données fiables et complètes à partir desquelles il sera possible de prendre des décisions éclairées. Ces données aideront :

1. à suivre la manière dont les gens utilisent le système;
2. à déterminer où et pourquoi on trouve des obstacles;
3. à relever les lacunes en matière de services et à montrer comment les ressources sont réparties.

Le comité recommande l'accès aux types de données suivants :

- un tableau indicateur pour comprendre les types et fréquences de prestation de soins de santé primaires par fournisseurs de services de manière à orienter l'amélioration continue de la qualité;
- des comparaisons de coûts pour déterminer les répercussions de l'utilisation aux divers points de services, particulièrement celles sur le recours aux urgences — par exemple, les visites aux urgences ont-elles diminué à la suite de la création des cliniques ouvertes après les heures normales de Télé-Soins ou des centres de santé communautaires;
- des renseignements sur les pratiques en matière de prescription de médicaments (p. ex., les antibiotiques) aux divers points d'accès;
- de l'information qui permettrait de déterminer où il y a double emploi (en raison des divers points d'accès) au sein du système;

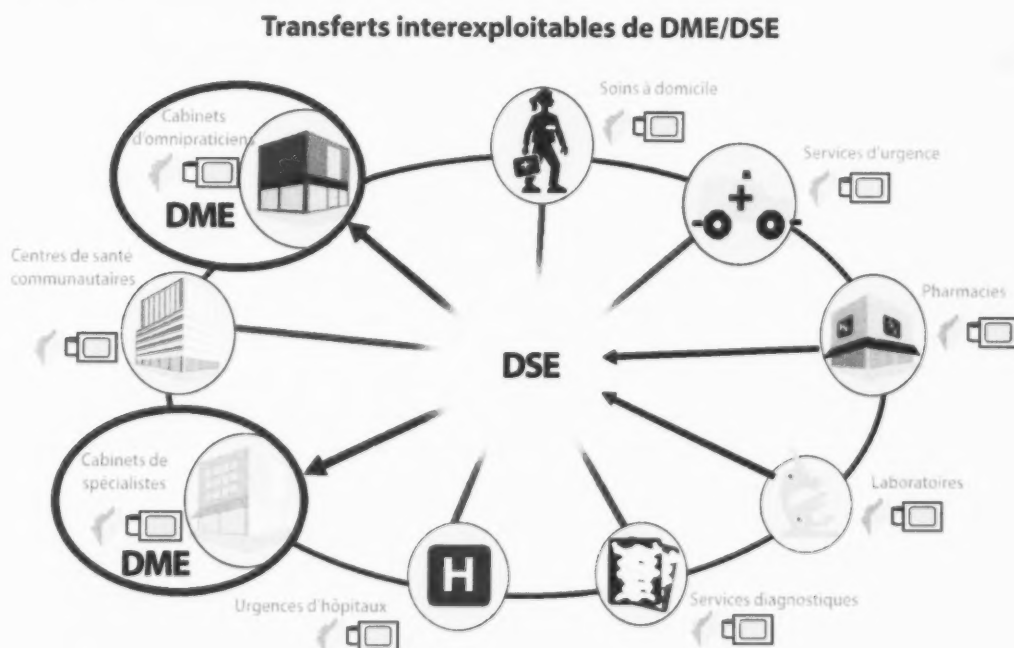
53. Initiative ACIS (2005), Principes et cadre de la collaboration interdisciplinaire dans les soins de santé primaires.

- des données permettant de montrer où il y a des obstacles et des lacunes qui empêchent l'accès à une plus grande diversité de fournisseurs de services susceptibles d'influencer les résultats en santé, notamment le personnel chargé des soins à domicile, les travailleurs en santé mentale, les fournisseurs de services sociaux, etc.

Ces données devraient être complètement intégrées dans un système d'information électronique. Des outils technologiques de communication, comme les courriels, Internet, ainsi que les plus récents réseaux de dossiers de santé électroniques (DSE) et de dossiers médicaux électroniques (DME), contribueront à améliorer les soins et à les rendre plus efficaces. Le schéma suivant illustre sommairement comment les dossiers électroniques permettront de saisir et de distribuer l'information.

Par l'intermédiaire de ce système, l'information sera plus à jour, les décisions s'appuieront sur des données accessibles et les renseignements seront plus faciles à partager entre fournisseurs de soins. Pour éviter le double emploi, les communications virtuelles doivent être intégrées dans les structures technologiques actuelles, et pour assurer la qualité des services, les réseaux doivent être fiables, éprouvés, souples et faciles d'accès. La figure suivante, tirée de l'Inforoute santé du Canada, résume les avantages et les inconvénients des dossiers de santé électroniques ainsi que les coûts prévus et les avantages à l'échelle du pays.

## Partage de données et de documents



Richard Alvarez (11 mars 2009), Inforoute Santé du Canada, présentation au ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.

**Figure 18 : Valeur et avantages des technologies d'information sur la santé**

Accès	Qualité	Productivité
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réduction du temps d'attente pour les services d'imagerie diagnostique.</li> <li>• Amélioration de l'accès aux services de santé communautaires.</li> <li>• Réduction du temps de déplacement et des coûts d'accès aux services pour le patient.</li> <li>• Participation accrue du patient aux soins à domicile.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration de l'interprétation des résultats de diagnostic et de laboratoire.</li> <li>• Réduction des effets indésirables des médicaments.</li> <li>• Réduction des erreurs de prescription.</li> <li>• Vitesse et exactitude accrues du dépistage des éclosions de maladie infectieuse.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accès accru aux renseignements intégrés du patient.</li> <li>• Réduction du nombre de tests et de prescriptions en double.</li> <li>• Réduction des rappels au médecin de famille concernant les prescriptions.</li> <li>• Réduction des frais de déplacement du patient et du prestataire.</li> </ul>

Investissements : de 10 à 12 milliards de dollars  
Économies : de 6 à 7 milliards de dollars ANNUELLEMENT

La province est en train de mettre sur pied le système « Un patient, un dossier » (UPUD). Ce registre axé sur le patient constituera un guichet unique pour tous les fournisseurs de soins de santé autorisés, qui pourront consulter les dossiers de santé virtuels de partout et en tout temps. Des normes permettront d'assurer que les données sont uniformes et comparables partout dans la province et que les systèmes fragmentés et dispersés dans la province sont liés entre eux.

Il nous faut finir ce que nous avons commencé. Il faudra donc aborder les questions de sécurité et de protection des renseignements personnels, d'élaboration de normes, de gestion du changement, de ressourcement et de gestion des attentes. Une solide stratégie de gestion sera requise pour résoudre les questions relatives à l'adhésion des cliniciens, à l'engagement des patients et à la protection des renseignements personnels, pour atténuer les préoccupations d'ordre juridique des zones, pour promouvoir l'interopérabilité des dossiers médicaux électroniques et pour démontrer de façon continue les avantages de ces systèmes en faisant fond sur leur fonctionnalité.

Nous devons aller de l'avant et mettre en place les systèmes de dossiers médicaux électroniques dans les hôpitaux et cabinets de médecine familiale. Nous devons créer des solutions à l'intention de la population, comme les portails pour les patients, afin de favoriser l'autogestion de la santé, et en matière de gestion des maladies chroniques. Nous devons miser sur nos acquis en adoptant des approches graduelles.

Il y a à l'heure actuelle beaucoup de travaux en cours pour améliorer la gestion du diabète aux échelles locale, nationale et internationale. Il est raisonnable de se servir du diabète comme base de création d'une stratégie de prévention et de gestion des maladies chroniques dans leur ensemble, de manière à pouvoir miser sur les réussites antérieures des initiatives touchant cette maladie. Par exemple, les travaux du Nova Scotia Diabetes Care Program en ce qui concerne la normalisation de l'information, l'utilisation du registre de données, ainsi que la surveillance et l'évaluation continues, pourraient être appliqués au Nouveau-Brunswick. Cela permettrait de créer des mécanismes aptes à optimiser la lutte contre le diabète et à réduire le fardeau de la maladie, tant pour ceux qui en souffrent que pour le système de santé dans son ensemble.

Pour que la notion de dossier médical électronique soit intégrée, il est essentiel d'obtenir un financement ciblé, de créer des mesures incitatives ou de faciliter l'accès aux données. Ces dossiers médicaux électroniques sont une composante indispensable à la mise au point d'un système de soins de santé primaires aussi efficace qu'efficient. Si on veut atteindre l'objectif ambitieux qu'est l'adoption des dossiers médicaux électroniques par 50 pour cent des médecins de famille, il faudra soutenir ces derniers sur les plans financiers et opérationnels tout au long de la période de transition.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre des renseignements opportuns au Nouveau-Brunswick. En voici la liste :***

- les fournisseurs de soins et les planificateurs en santé doivent être soutenus par de solides systèmes d'information et par des ressources humaines adéquates;
- cinquante pour cent des médecins de famille doivent utiliser des dossiers médicaux électroniques reliés au système Un patient, un dossier;
- la télésanté (cybersanté) doit appuyer la prestation de soins de santé communautaires, en misant sur des technologies et des systèmes conçus et mis en œuvre pour répondre aux besoins des utilisateurs;
- le système Un patient, un dossier doit être entièrement fonctionnel;
- les professionnels de la santé (particulièrement ceux des régions rurales) doivent reconnaître les avantages du réseau virtuel et l'utiliser afin que les données sur les services offerts aux patients et leurs résultats soient reliées électroniquement et bien coordonnées;
- le réseau virtuel doit favoriser une approche axée sur la santé de la population, c.-à-d. que le système doit être relié aux organismes évoluant dans les domaines du mieux-être, des services sociaux et de l'éducation, ainsi qu'aux fournisseurs de services médicaux et aux professionnels de la santé complémentaires;



- le réseau virtuel doit faire en sorte que les professionnels de la santé complémentaires; ne soient pas forcés de loger à la même adresse;
- un système d'information (portail) doit être créé et être accompagné de définitions de données claires et uniformes qui permettent le suivi de l'information, l'évaluation et l'examen du rendement de tous les éléments du système de soins de santé (utilisation, pressions sur les points d'accès, résultats des aiguillages, etc.).

## Pilier 4 — Mode de vie sain : la situation actuelle

La promotion d'un mode de vie sain s'effectue par l'entremise de bon nombre de ministères, de programmes et de services. Pour sa part, le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport favorise l'amélioration de la santé publique en tenant à jour et en coordonnant une stratégie en la matière. Créée en 2006, la première version de cette stratégie visait à promouvoir la collaboration et à fournir le soutien requis pour rehausser le mieux-être de la population. Récemment, le ministère a publié le document intitulé *Vivre bien, être bien : la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2009-2013*. On y trouve un plan quadriennal qui se fonde sur les ouvrages précédents. Ce plan répond aux besoins cernés, comble les lacunes de ses prédécesseurs et mise sur de nouvelles possibilités et tendances. La nouvelle stratégie fixe les objectifs généraux pour tous les Néo-Brunswickois : améliorer la résilience et la santé psychologique, accroître les niveaux d'activité physique, augmenter le pourcentage de personnes qui s'alimentent bien et accroître le taux de population qui vit sans tabac. Le plan d'action qui l'accompagne décrit les approches préconisées pour les écoles, les collectivités, les foyers et les milieux de travail, tout en nommant de nombreux partenaires dans chacun de ces domaines. Il présente également des activités liées à la surveillance, à l'évaluation et à la recherche qui sont dotées d'indicateurs permettant de mesurer les progrès réalisés vers l'atteinte des quatre objectifs formulés.

La promotion d'un mode de vie sain passe aussi par de nombreux programmes et initiatives en santé publique. Le programme Initiatives pour la petite enfance comprend des services prénataux qui favorisent des grossesses en santé et des services postnatals qui contribuent au développement sain des enfants de la naissance à cinq ans. De son côté, le programme Apprenants en santé à l'école vise à mettre au point et à soutenir des activités aptes à promouvoir le mieux-être sur les plans tant physique qu'affectif et social. Ce programme vise en outre à prévenir les maladies et les blessures, à appuyer des décisions et des comportements favorables susceptibles de durer toute la vie et à encourager la réussite scolaire. Le Programme de santé sexuelle mise quant à lui sur une approche globale pour améliorer la santé sexuelle des jeunes au Nouveau-Brunswick et en favoriser le maintien. D'autres initiatives ont pour but de prévenir par vaccination et de traiter les maladies transmissibles au sein de la population de la province.

Relevant du Bureau du médecin hygiéniste en chef, la Direction de la protection de la santé voit au bon fonctionnement de programmes visant la sécurité des aliments, la qualité de l'eau, la salubrité locale (y compris l'évacuation des eaux usées), la santé au sein des établissements, la lutte contre les maladies transmissibles et l'application de la *Loi sur les endroits sans fumée*. Ses activités d'inspection, d'application de la

réglementation, d'octroi de permis et de surveillance favorisent un environnement pur, encouragent des modes de vie sains et réduisent l'incidence de maladies dans la province.

D'autres initiatives appuyées par la province sont Talk with Me - Parle-moi (promotion de l'alphabétisation chez les enfants), le Programme de vie saine et active (à l'intention des personnes âgées) et Mes choix - ma santé (promotion de l'autogestion pour les personnes souffrant d'une maladie chronique).

La promotion de modes de vie sains a aussi l'avantage de réduire l'incidence et la prévalence des maladies chroniques, qui représentent actuellement un défi de taille pour le système de santé.<sup>54</sup> Dans une étude en particulier, on estime que 40 pour cent de ces maladies pourraient pourtant être prévenues. Des recherches en épidémiologie indiquent pour leur part que 25 pour cent de tous les coûts médicaux sont attribuables à un petit nombre de facteurs de risque, comme le tabagisme, l'obésité, le manque d'activité physique et la mauvaise nutrition<sup>55</sup>. Un document de l'Organisation mondiale de la santé intitulé *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Non communicable Diseases* indique que jusqu'à 80 pour cent des maladies cardiaques, des accidents vasculaires cérébraux et des diabètes de type 2, de même que plus du tiers des cancers, pourraient être prévenus en éliminant des facteurs de risque communs, soit, essentiellement, le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité physique et la consommation abusive d'alcool.<sup>56</sup>

---

54. Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick (2006), *Stratégie globale de gestion des maladies chroniques au Nouveau-Brunswick*.

55. Ron Goetzel, éd., « The Financial Impact of Health Promotion », *American Journal of Health Promotion*, vol. 15, n° 5 (mai/juin 2001).

56. OMS, *2008-2013 Action Plan for the Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases*.

La figure suivante présente l'incidence des risques communs et évitables au Nouveau-Brunswick, en les comparants ceux trouvés dans le reste du Canada.

**Figure 19 : Facteurs de risque évitables**

Habitudes de vie/ risques pour la santé	N.-B.	Canada
Tabagisme (fumeurs actuels) <sup>57</sup>	21,2	19,2
Obésité (IMC > 30) <sup>58 59</sup>	20	14,9
Inactivité physique <sup>60</sup>	52,1	46,9
Consommation d'alcool <sup>61</sup>	73,8	79,3
Consommation insuffisante de fruits et de légumes <sup>62</sup>	33	38,8
Hypertension artérielle <sup>63</sup>	19,8	15,9

Dans l'ensemble, le Nouveau-Brunswick a pris des mesures pour apporter des améliorations au chapitre de ces facteurs de risque en sensibilisant les gens aux lacunes, en appuyant les initiatives sur les modes de vie sains dans les collectivités et en mettant en œuvre des programmes ayant des répercussions favorables sur le développement des jeunes enfants, le vieillissement en santé, l'éducation et le mieux-être.

### Mode de vie sain : situation visée

Dans sa stratégie sur le mieux-être, le gouvernement provincial envisage que les Néo-Brunswickois puissent atteindre et maintenir leur potentiel personnel de santé de manière à pouvoir contribuer à l'épanouissement de leur collectivité. Or, pour remporter ce pari, il importe d'engager des fonds dans l'atteinte d'un avenir en santé. Les investissements en ce sens doivent cependant s'appuyer sur des données probantes et des pratiques exemplaires pour bien promouvoir des modes et des milieux de vie sains.

57. Enquête de surveillance de l'usage du tabac au Canada (ESUTC) 2007, [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/\\_ctums-esutc\\_2007/ann-table2-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/research-recherche/stat/_ctums-esutc_2007/ann-table2-fra.php)

58. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 36)

59. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 36)

60. <http://www.gnb.ca/0391/pdf/HEALTHPerformanceIndicators2004-f.pdf> (page 34)

61. Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (2004), Enquête sur les toxicomanies au Canada, <http://www.ccsa.ca/2005%20CCSA%20Documents/ccsa-004029-2005.pdf>

62. Communication personnelle de Marlien McKay, Mieux-être, Culture et Sport (Statistique Canada, ESCC, cycle 3.1, dossier de sous-échantillon, 2006).

63. Source : Statistique Canada, ESCC cycle 4,1, 2007

Pour améliorer la santé de la population, la stratégie du mieux-être du Nouveau-Brunswick aborde la question de ses déterminants en se fondant sur des données probantes. Le mieux-être des Néo-Brunswickois est influencé par les interactions entre facteurs socio-économiques, le milieu physique et les comportements individuels. L'amélioration continue de la santé de la population nécessite qu'on collabore à une approche ciblée. Les initiatives en ce sens se veulent pluridimensionnelles, en s'attaquant aux causes profondes des divers problèmes, en tenant compte des vulnérabilités de sous-populations données, ainsi qu'en misant sur la coopération, l'engagement et les partenariats communautaires dans un vaste éventail de secteurs. On considère en outre que le leadership et la participation aux échelles locale, régionale et provinciale sont des ingrédients essentiels au mieux-être collectif. Il importe en effet de reconnaître que tous peuvent jouer un rôle actif en contribuant à l'amélioration de la santé dans les foyers, les collectivités, les écoles et les milieux de travail de la province.

Depuis mars 2009, le ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport, en collaboration avec la Coalition pour une saine alimentation et l'activité physique au Nouveau-Brunswick (CSAAP), a introduit un modèle exhaustif de développement communautaire prenant la forme de réseaux régionaux du mieux-être. Bâti en s'appuyant sur des bases factuelles, ils visent à favoriser les mesures de collaboration et l'atteinte des objectifs de la stratégie nationale. Ces réseaux sont des initiatives locales officielles ou officieuses qui rassemblent des meneurs de divers secteurs appelés à examiner des questions liées au mieux-être. Parce qu'ils se fondent sur des partenariats transparents et mutuellement bénéfiques, ils aident énormément à organiser les efforts des collectivités en ce sens. On compte actuellement neuf réseaux régionaux cherchant à former des infrastructures viables et coordonnées pour mieux sensibiliser la population, pour transférer des connaissances entre intervenants et décideurs et pour augmenter la participation dans des initiatives liées au mieux-être. Pour réaliser des objectifs optimaux, les mécanismes de prévention primaire devraient être étendus de manière à répondre aux besoins des Néo-Brunswickois où ils vivent, travaillent, apprennent et se divertissent.

Assurer la sécurité des Néo-Brunswickois à la maison, au travail, à l'école et dans leurs lieux de divertissement constitue un défi de santé publique connexe. En effet, les blessures non intentionnelles sont souvent décrites comme étant une épidémie cachée résultant d'accidents comme les chutes et les collisions de véhicules automobiles. En 2007, ces blessures ont coûté plus de 266 vies et 388 millions de dollars au Nouveau-Brunswick.<sup>64</sup> La même année, la santé, le mieux-être et la qualité de vie d'au-delà de 75 000 autres Néo-Brunswickois ont été perturbés par des traumatismes aussi prévisibles qu'évitables. La prévention des blessures non intentionnelles est l'affaire de tout le monde; il faut faire en sorte que les

64. Ministère de la Sécurité publique du Nouveau-Brunswick, rapport annuel du bureau du coroner en chef (2007)



citoyens en fassent une priorité. La première étape sera d'élaborer une stratégie coordonnée à l'échelle provinciale se fondant sur la participation et des partenariats communautaires et visant tous les groupes d'âge.

En complémentarité, on pourrait également mettre au point une stratégie de recherche sur la prévention des maladies chroniques, de manière à pouvoir élaborer un plan d'action fondé sur le principe de rendement sur les sommes et les efforts engagés. Cette approche fera en sorte que les investissements puissent toujours prévenir (et réduire) les troubles liés aux mauvaises habitudes de vie, ce qui se traduirait par des économies substantielles au chapitre des coûts de la santé.

*EMPCare@home est le nom d'un projet de télésoins à domicile mis sur pied afin de déterminer si une combinaison de tels soins, d'interventions opportunes du personnel et de sensibilisation accrue des patients pourrait améliorer la qualité des démarches en habilitant les prestataires/prestataires et en faisant en sorte que les fournisseurs puissent accéder à des données cliniques en temps voulu. Les signes vitaux sont ainsi envoyés par téléphone vers un logiciel spécialisé qui alerte rapidement des cliniciens (par l'intermédiaire du triage et du chromocodage de données) en cas de dépassement des paramètres, ce qui permet d'établir rapidement les priorités d'intervention. Ce projet a permis de briser le cycle de visites à l'urgence et de réadmissions dans les hôpitaux.*

Il faut toutefois se rendre à l'évidence : de nombreux Néo-Brunswickois devront apprendre à vivre avec une maladie chronique. Il importe donc que les gens deviennent des participants actifs dans leurs régimes de soins et dans la gestion de leur état. En 2006, l'Association canadienne de soins et services à domicile a déclaré que le service de télésoins EMPCare@home était un programme viable, remarquable et exceptionnel qui avait amélioré la qualité de vie de patients de manière tangible et vérifiable.<sup>65</sup>

L'autonomie en matière de santé exige non seulement des connaissances et de l'éducation, mais également un milieu favorable, de la motivation, du jugement et la volonté d'accepter la responsabilité de son propre état. Certaines approches ont été conçues pour aider les personnes réceptives à élaborer leur propre plan de soins, ce qui devrait leur permettre de demeurer dans la collectivité plus longtemps sans visites à l'urgence ni hospitalisations. À long terme, cet accent mis sur l'autogestion peut réduire les listes d'attente dans les hôpitaux et autres établissements et libérer des ressources financières et humaines qui pourront être utilisées ailleurs dans le

65. <http://www.cdnhomecare.ca/media.php?mid=1694>

système de santé. Nous devons continuer de mettre au point des ressources et d'établir des liens avec d'autres organismes communautaires susceptibles d'aider les Néo-Brunswickois à gérer leur santé en toute confiance.

***Le CCSSP a cerné les améliorations qu'il faudra apporter d'ici les cinq prochaines années au chapitre du mode de vie sain pour les Néo-Brunswickois. En voici la liste :***

- le public doit comprendre les facteurs sociaux et biologiques qui contribuent à la bonne santé (déterminants) et prendre des décisions en se fondant sur ces facteurs;
- on doit établir des jalons de santé et suivre l'amélioration continue de l'état de la population; un « tableau de bord équilibré » doit être rendu public d'une manière désignée;
- la promotion d'un mode de vie sain doit faire partie du programme de tous les ministères gouvernementaux, qui devront se doter de stratégies d'action qui comprennent la prévention primaire, la prévention des blessures et la promotion de la santé;
- le gouvernement doit soutenir la création de collectivités saines par l'adoption de lois et de règlements assertifs comme le port obligatoire du casque, les interdictions de fumer ou de jouer, la limitation de l'usage du sel, la proscription de l'usage de téléphones cellulaires dans les véhicules, etc.;
- les patients doivent savoir établir des priorités et participer à l'établissement d'objectifs concernant leur santé et leur mieux-être;
- on doit faire en sorte que les patients soient satisfaits de la formation et de l'éducation qu'ils reçoivent en matière d'autogestion de leurs maladies chroniques de façon à éviter l'escalade inutile des symptômes;
- le mode de vie sain doit être reconnu comme le point d'ancrage pour l'élaboration d'un système de soins de santé primaires et doit être soutenu en milieu scolaire.

## SECTION 4

### Recommandations

À la section 3, on a examiné les composantes de base qui soutiennent les soins de santé primaires et on a cerné les caractéristiques d'un système vigoureux et durable. Cette information a été soigneusement considérée pour mettre au point une feuille de route en ce sens. Les lignes directrices proposées sont relativement simples; elles visent à orienter la province dans la bonne direction tout en la dotant de toute la souplesse voulue pour effectuer des ajustements en cours de route. Notre recommandation globale est soutenue par 12 actions.

**Tous les Néo-Brunswickois doivent avoir accès à une équipe de médecine familiale, qui pourra leur fournir des soins de santé primaires personnalisés, exhaustifs et coordonnés.**

1. **Faire en sorte que tous les Néo-Brunswickois aient accès à un médecin de famille.**
2. **Mettre sur pied des équipes de médecine familiale dotées au minimum d'un omnipraticien, d'une infirmière ou d'une infirmière praticienne et d'un personnel de soutien administratif appelés à constituer un « guichet médical » pour leurs populations de patients.**
3. **Mettre au point des méthodologies et des infrastructures pour fournir aux équipes de médecine familiale des renseignements de base sur les besoins en matière de soins (groupe témoin en matière de pratique), de même que sur les données de référence et les jalons relatifs à la santé de la collectivité dans son ensemble.**
4. **Créer un modèle de dotation susceptible de permettre l'expansion des équipes de médecine familiale par l'ajout de professionnels de la santé complémentaires de manière à optimiser la prestation des services à la population de patients desservis par le « guichet médical ».**
5. **Explorer et examiner d'autres modèles de paye et de rémunération de façon à attirer et à conserver des professionnels compétents au sein des équipes de médecine familiale.**

6. Créer des modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de dossiers médicaux électroniques qui répondront aux besoins en matière d'information des équipes de médecine familiale.
7. Mettre sur pied un programme de formation continue interprofessionnelle à l'échelle provinciale qui permettra aux équipes de médecine familiale de développer les compétences cognitives, comportementales et attitudinales requises pour fonctionner de façon optimale au sein de contextes d'exercice de la profession en collaboration.
8. Faire en sorte que les lieux d'exercice des équipes de médecine familiale procurent des occasions de stages cliniques interprofessionnels.
9. Perpétuer et étendre les modèles de financement aptes à favoriser l'adoption de technologies de « télésanté » qui permettraient aux patients de recevoir le plus large éventail de soins possible depuis leur « guichet médical ».
10. Mettre au point des mécanismes visant à faire en sorte que les « dirigeants communautaires » et les « équipes de médecine familiale » se rencontrent régulièrement et collaborent sur des questions qui touchent la santé de la population.
11. Élaborer des plans directeurs et d'action qui orienteront le déploiement des équipes de médecine familiale partout dans la province, en décrivant notamment les processus de gouvernance, de responsabilisation et de reddition de comptes liant les « guichets médicaux », les régies régionales de la santé et le ministère de la Santé.
12. Promouvoir sur les plans financiers et autres la prévention en première ligne des maladies et des blessures, les modes de vie sains et la qualité des milieux résidentiels, communautaires, scolaires et professionnels.

## SECTION 5

### AVIS AU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Le mandat du comité était de mettre au point et en œuvre de nouveaux mécanismes pour améliorer l'accès aux soins de santé primaires et la prestation des services de « première ligne » aux Néo-Brunswickois. Le comité était plus précisément chargé de :

- *formuler des recommandations sur la façon de lier entre elles les différentes composantes du réseau de soins de santé primaires;*
- *élaborer des stratégies visant à appuyer l'expansion du réseau de soins de santé primaires;*
- *revoir et examiner les pratiques non efficaces au sein du réseau de soins de santé primaires, en recommandant des mesures correctrices.*

Le présent rapport décrit les principaux facteurs examinés dans le cadre de la préparation de ces recommandations.

Celles-ci sont organisées en fonction des quatre piliers qui appuient le modèle conceptuel des soins de santé primaires, soit l'accès, le travail en équipe, les renseignements opportuns et un mode de vie sain. Ces piliers ont servi de plan directeur pour les transformations requises en définissant les étapes nécessaires à la réalisation de jalons déterminés.

Pour offrir des soins de santé durables, nous devons travailler en équipe, à tous les paliers, des soins aux patients jusqu'à la gouvernance. Il incombe à tous les fournisseurs de soins d'inciter les particuliers et les collectivités à adopter des modes de vie sains, et de les aider à le faire. Il est en outre possible d'aider les personnes souffrant de maladies chroniques à gérer elles-mêmes leur état. On peut en effet les épauler en ce qui a trait à l'établissement d'objectifs personnels et atteignables en matière de santé; grâce à la formation et à l'appui offerts par les professionnels appropriés, elles pourront vivre une vie plus longue et active dans leur milieu, sans avoir recours au système hospitalier. Nous devons créer des équipes de soins de santé primaires qui offrent aux patients le bon soutien, par la bonne personne, au bon moment et au bon prix. Nous devons aussi miser sur la technologie pour évaluer les nouveaux modèles de prestation afin que les patients aient accès à l'information et aux services dont ils ont besoin. Il est possible d'améliorer les soins de santé primaires en assurant l'accès aux données sur les patients de manière à faciliter la planification de leurs soins. Les services de santé en général doivent être surveillés de



près de façon à permettre l'amélioration continue de la qualité et assurer que nous utilisons les ressources de façon optimale pour répondre aux besoins en matière de santé et de mieux-être.

Cette démarche exigera également qu'on investisse des sommes dans la réforme. Bien que la transformation des soins de santé primaires ait le potentiel de réduire les coûts et d'augmenter la durabilité du système, il est possible qu'elle engendre un dédoublement de services. Il faudra mettre au point, réaliser et évaluer de solides analyses de rentabilisation pour faire en sorte que cela ne se produise pas et que les mesures prises soient sensées.

De toute évidence, il faudra compter sur l'appui de décideurs de haut niveau pour planifier, mettre en œuvre, surveiller et évaluer l'évolution des soins de santé primaires dans la province. Le CCSSP souhaite continuer de travailler avec le gouvernement à la réalisation des prochaines étapes de ce plan ambitieux.

## **Annexe 1**

### **Attributions du Comité consultatif sur les soins de santé primaires**

#### **Mandat :**

Mettre au point et en œuvre de nouveaux mécanismes visant à améliorer l'accès aux soins de santé primaires (SSP) et la prestation de services de « première ligne » aux Néo-Brunswickois.

#### **Accent :**

Revoir les modèles de prestation des soins de santé primaires et faire des recommandations relatives à l'établissement de modèles accessibles et efficaces susceptibles de fonctionner partout dans la province.

#### **Produits livrables :**

1. Fournir un avis au ministère de la Santé sur tous les enjeux concernant les soins de santé primaires présentés au CCSSP.
2. Examiner le réseau de soins de santé primaires du Nouveau-Brunswick et faire des recommandations sur la façon de lier entre elles les différentes composantes du système.
3. Formuler des stratégies visant à appuyer l'expansion du réseau de soins de santé primaires.
4. Revoir et examiner les pratiques non efficaces au sein du réseau de soins de santé primaires et recommander des mesures correctrices.

#### **Durée du mandat :**

Le CCSSP a un mandat de quatre ans; son rôle sera revu à la fin de cette période.

**Membres :**

- Un représentant des Services familiaux et communautaires.
- Un représentant de Mieux-être, Culture et Sport.
- Un représentant du Collège des médecins de famille du Nouveau-Brunswick.
- Deux représentants de la Société médicale du Nouveau-Brunswick.
- Un représentant de l'Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick.
- Deux professionnels de la santé complémentaires des régions régionales de la santé.
- Deux représentants des RRS ayant des responsabilités en soins de santé primaires
- Des représentants du ministère de la Santé, soit le sous-ministre adjoint, un représentant d'Assurance-maladie, un représentant de Santé publique, un représentant de Dépendances et Santé mentale et un représentant de Liaisons avec les Autochtones.
- Des praticiens indépendants fournissant des soins de santé primaires, soit deux omnipraticiens et une infirmière praticienne nommés par le ministère de la Santé.
- Des particuliers peuvent être invités de façon spéciale pour faire des présentations au CCSSP sur des enjeux précis.

**Coprésidents :**

D<sup>r</sup> Aurel Schofield, coordonnateur de la formation médicale francophone

M. Ken Ross, sous-ministre adjoint, Services de traitement des dépendances, de la santé mentale et des soins de santé primaires, ministère de la Santé

**Soutien :**

Le ministère de la Santé offrira son soutien pour appuyer et faciliter les travaux du CCSSP.

**Reddition de comptes :**

Le CCSSP rendra des comptes au sous-ministre du ministère de la Santé par l'intermédiaire de ses présidents.

Le 28 novembre 2007

## Annexe 2

### Liste des membres du Comité consultatif sur les soins de santé primaires

La liste ci-dessous est celle des membres actuels du CCSSP, en date du 1<sup>er</sup> novembre 2010.

<b>D<sup>r</sup> Aurel Schofield</b> (coprésident)	Vice-doyen adjoint Faculté de médecine Coordonnateur de la formation médicale francophone au Nouveau-Brunswick
<b>Ken Ross</b> (coprésident)	Sousministre adjoint Services de traitement des dépendances, de santé mentale et des soins de santé primaires Ministère de la Santé
<b>Bronwyn Davies</b>	Directrice, Soins de santé primaires Ministère de la Santé
<b>Geri Geldart</b>	Vice-présidente, Soins de santé primaires et soins infirmiers Réseau de santé Horizon
<b>Suzanne Robichaud</b>	Vice-présidente, Soins de santé primaires Réseau de santé Vitalité
<b>D<sup>r</sup> Robert Boulay</b>	Médecin de famille Service de médecine familiale Collège des médecins de famille du N.B.
<b>D<sup>r</sup> Brian Craig</b>	Chef du service de médecine familiale Réseau de santé Horizon, zone 2 Société médicale du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Eilish Cleary</b>	Médecin hygiéniste en chef Ministère de la Santé

<b>D<sup>r</sup> Carol Deveau</b>	Médecin de famille Réseau de santé Horizon
<b>Michelle Bourgoin</b>	Directrice, Mieux-être Ministère du Mieux-être, de la Culture et du Sport
<b>Doreen Légère</b>	Gestionnaire, Services thérapeutiques Réseau de santé Horizon
<b>Bill MacKenzie</b>	Directeur Politiques, affaires législatives et relations intergouvernementales Ministère du Développement social
<b>Michel Léger</b>	Directeur, Services aux médecins salariés Ministère de la Santé
<b>Thérèse Thompson</b>	Infirmière praticienne Réseau de santé Vitalité
<b>Jean Bustard</b>	Directrice, Programme extra-mural Ministère de la Santé
<b>Shauna Figler</b>	Consultante en pratique infirmière Association des infirmières et infirmiers du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Mike Perley</b>	CCFP, FCFP, médecine familiale Société médicale du Nouveau-Brunswick
<b>D<sup>r</sup> Dawn Marie Martin</b>	Médecin de famille Société médicale du Nouveau-Brunswick





